

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
GENEVIÈVE TREMBLAY

L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES ÂÎNÉS AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ
MENTALE : QU'EN EST-IL?

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Ce projet d'intégration a pu être réalisé grâce à la collaboration de nombreuses personnes. Tout d'abord, je remercie Madame Ginette Aubin, directrice de mon essai et professeur au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'aide apportée tout au long de ce processus. Merci pour vos précieux conseils, votre écoute, vos encouragements et pour m'avoir transmis votre passion pour l'ergothérapie en santé mentale à travers la réalisation de ce projet.

Je tiens également à remercier particulièrement l'ensemble des participants sans qui ce projet n'aurait pas pu exister. Merci pour votre grande générosité dans vos partages et pour le temps que vous m'avez accordé. Je remercie également l'ensemble des personnes qui m'ont aidé dans le recrutement de mes participants que ce soit les organismes communautaires ayant collaboré à mon projet, de même que la résidence pour personne âgée.

Finalement, je termine en remerciant ma famille tout particulièrement ma grand-mère, mon copain ainsi que mes amies de m'avoir soutenue, écoutée et encouragée tout au long de la réalisation de ce projet. Merci de croire en moi.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLES DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. Les troubles de santé mentale chez les aînés.....	3
2.1.1. Description des troubles de santé mentale.....	3
2.1.2. Les troubles de santé mentale grave.....	4
2.1.3. Les difficultés au quotidien auxquelles sont confrontés les aînés ayant un trouble de santé mentale	4
2.1.3.1. Difficultés sur le plan de la santé.....	4
2.1.3.2. Difficultés psychosociales et économiques	5
2.1.3.3. Difficultés reliées à la stigmatisation.....	5
Les aînés ayant un trouble de santé mentale font partie des personnes les plus à risque de vivre de la stigmatisation. Parmi les stigmates, on compte la double stigmatisation associée à la santé mentale et aux attitudes d'âgisme (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). Dans certains cas, cette stigmatisation a des conséquences dans l'offre de services tels que la marginalisation dans le système de soins, des soins et des services offerts par du personnel n'ayant pas toutes les compétences requises, de la victimisation, une possibilité de négligence et une exclusion de la recherche ayant des conséquences négatives sur les politiques et l'établissement des meilleures pratiques (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011). Cela présente une lacune importante dans notre système de santé.....	5
2.1.3.4. Difficultés fonctionnelles.....	6
2.3. L'engagement occupationnel chez les aînés	7
2.4. L'évaluation de l'engagement occupationnel	8
2.5. But et objectifs de recherche	8

3. CADRE CONCEPTUEL	10
3.2. Les attributs du concept d'engagement occupationnel	11
3.3. Les référents empiriques du concept d'engagement occupationnel	11
3.4. Perspective retenue et justification	12
4. MÉTHODE	14
4.1. Méthodes d'échantillonnage	14
4.1.1. Échantillonnage intentionnel	14
4.1.2. Échantillonnage par réseaux	15
4.2. Méthodes de collecte de données	16
4.3. Analyse des données	17
4.3.1. Données quantitatives	17
4.3.2. Données qualitatives	18
4.4. Considérations éthiques	18
5. RÉSULTATS	20
5.1. Description des participants	20
5.2. Résultats obtenus au POES	22
5.3. Informations obtenues aux différents items du POES	24
5.3.1. Rythme quotidien des activités et du repos	25
5.3.1.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	25
5.3.1.2. Aînés sans trouble de santé mentale	25
5.3.2. Endroits	26
5.3.2.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	26
5.3.2.2. Aînés sans trouble de santé mentale	26
5.3.3. Variété et gamme d'occupations	27
5.3.3.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	27
5.3.3.2. Aînés sans trouble de santé mentale	27
5.3.4. Environnement social	28
5.3.4.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	28
5.3.4.2. Aînés sans trouble de santé mentale	28
5.3.5. Interactions sociales	29
5.3.5.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	29
5.3.5.2. Aînés sans trouble de santé mentale	29
5.3.6. Interprétation	30
5.3.6.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	30
5.3.6.2. Aînés sans trouble de santé mentale	30
5.3.7. Étendue des occupations significantes	31

5.3.7.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	31
5.3.7.2. Aînés sans trouble de santé mentale	31
5.3.8. Routines	32
5.3.8.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	32
5.3.8.2. Aînés sans trouble de santé mentale	32
5.3.9. Amorcer la réalisation des occupations	33
5.3.9.1. Aînés avec un trouble de santé mentale	33
5.3.9.2. Aînés sans trouble de santé mentale	34
5.10. Synthèse des résultats	34
5.4 Observations et réflexions suite à l'applicabilité de l'outil POES	35
5.4.1. Passation de l'outil	35
5.4.2. Cotation de l'outil	36
5.4.3. Réactions des participants	37
6. DISCUSSION	38
6.1. L'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale	38
6.1.1 Les obstacles et les facilitateurs à l'engagement occupationnel	39
6.1.1.1. La médication	39
6.1.1.2. Limitations physiques et environnementales	40
6.1.1.3. Les organismes en santé mentale	40
6.1.2. Facteurs caractérisant l'engagement occupationnel	42
6.1.2.1. Les activités créatives	42
6.1.2.1 Les activités de bénévolat	43
6.1.2.2. L'importance des routines	43
6.1.3. Les besoins des aînés ayant un trouble de santé mentale	43
6.2. Applicabilité de l'outil POES chez les aînés	44
6.2.1. Passation de l'outil	44
6.2.2. Cotation de l'outil	44
6.2.3. Les réactions chez les participants	45
6.3 Les implications pour la pratique	45
6.4 Les forces de l'étude	46
6.5. Les limites de l'étude	46
7. CONCLUSION	48
7.1. Les recommandations pour les futures recherches	48
RÉFÉRENCES	49

ANNEXE A PROCESSUS EN HUIT ETAPES POUR DEFINIR LES ELEMENTS DE BASE D'UN CONCEPT (WALKER ET AVANT, 2005)	53
ANNEXE B CERTIFICATION ÉTHIQUE.....	54
ANNEXE C AFFICHE POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	55
ANNEXE D LETTRE D'INFORMATION DU PROJET	56
ANNEXE E FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	59
ANNEXE F QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	60
ANNEXE G LE PROFIL DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE (POES) : JOURNAL DE L'EMPLOI DU TEMPS	62
ANNEXE H GUIDE D'ENTREVUE	63
ANNEXE I.....	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les différents usages du concept d'engagement occupationnel

Tableau 2. Les différents référents empiriques du concept d'engagement occupationnel

Tableau 3. Critères de sélection des participants

Tableau 4. Description des participants

Tableau 5. Score total obtenu à l'outil POES

Tableau 6. Synthèse des résultats

LISTE DES ABBRÉVATIONS

MSSS	Le ministère de la Santé et des Services sociaux
NIMHE	National Institute for Mental Health in England
OMS	Organisation mondiale de la santé
POES	Profil de l'engagement occupationnel

RÉSUMÉ

Problématique: Les études s'intéressant à l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale sont très rares et l'on en connaît très peu sur les besoins occupationnels de ces personnes. Il existe également peu d'outils permettant de documenter l'engagement occupationnel des aînés. Le profil de l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble mental grave (POES) est un outil permettant de documenter ce concept et d'apprécier neuf dimensions de l'engagement occupationnel, mais pour une clientèle adulte seulement (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006). Une étude documentant l'engagement occupationnel des aînés permettrait de fournir davantage d'informations sur les besoins de cette population et pourrait servir de base à l'élaboration de stratégies d'intervention adaptées. **Objectifs:** Le premier objectif de recherche vise à décrire l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale. Le deuxième objectif vise à documenter l'utilisation de l'outil POES auprès des aînés. **Cadre conceptuel :** À la suite d'une démarche d'analyse de concept inspirée de Walker et Avant (2005), la définition de l'engagement occupationnel retenue pour cet essai est le fait de s'impliquer dans la réalisation d'une occupation et que cette implication ait un sens pour la personne. **Méthode :** Cette étude exploratoire s'inscrit dans un devis descriptif comparatif utilisant des méthodes mixtes. Pour répondre au premier objectif, la passation du POES a été réalisée auprès d'aînés avec et sans trouble de santé mentale. Pour répondre au deuxième objectif, un journal personnel complété par l'évaluateur documentant son expérience lors de la passation du POES a été utilisé. L'analyse des données quantitatives issues du POES a été réalisée via des statistiques descriptives tandis que l'analyse des données qualitatives issues aussi du POES et de l'expérience du chercheur a été réalisée en s'inspirant de la méthode de Huberman et Miles (1994). **Résultats:** Les moyennes obtenues au score total du POES indiquent que le groupe d'aînés avec une problématique de santé mentale (groupe 1) a obtenu un score légèrement inférieur à celui du groupe d'aînés sans trouble de santé mentale (groupe 2) quant au niveau de l'engagement occupationnel. Le groupe des aînés sans trouble de santé mentale (Groupe 2) a aussi obtenu des résultats supérieurs pour 8 des 9 items de l'outil. Trois facteurs influencent l'engagement occupationnel du Groupe 1 : la médication, la fréquentation d'organismes en santé mentale et les limitations physiques et environnementales. Trois facteurs caractérisent également leur engagement occupationnel : l'engagement dans des activités

créatives, de bénévolat ainsi que l'importance de la routine. Les observations notées lors de la passation du POES ont mené à un questionnement par rapport à la pertinence pour les aînés, des types d'activités suggérées dans l'outil et de l'interprétation du score total. Par ailleurs, l'horaire occupationnel et la grille d'entrevue ont facilité la narration des participants. **Discussion :** Dans cette étude, les aînés ayant un trouble de santé mentale présentent un niveau d'engagement légèrement plus bas que celui des aînés sans trouble de santé mentale. Les différences entre les deux groupes se situent davantage dans la façon dont les aînés ayant un trouble de santé mentale s'engagent dans des occupations. Toutefois, en raison du petit nombre de participants, les résultats doivent être interprétés avec précaution. Des recommandations pour l'utilisation de l'outil POES auprès des aînés ont été proposées. **Conclusion :** D'autres études auprès de plus grands échantillons et tenant compte des différents contextes et milieux de vie sont nécessaires pour approfondir les connaissances quant à l'engagement occupationnel de ces aînés ainsi que pour mieux comprendre leurs besoins occupationnels. Les outils utilisés devront aussi être adaptés à leur contexte particulier.

Mots clés : engagement occupationnel, aînés, santé mentale, POES

ABSTRACT

Issue: Studies detailing the occupational engagement of seniors with a mental health disorder are very rare and very little is known about the occupational needs of these individuals. Few tools are available to document occupational engagement in elderlies. The Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES) is an instrument used to document this concept and to appreciate nine dimensions of occupational engagement, but for an adult clientele only (Bejerholm, Hansson and Eklund, 2006). A study documenting the occupational engagement of the senior population would provide more information on its needs and could serve as a foundation towards the development of appropriate intervention strategies.

Objectives: The first research objective of this project is to describe the occupational engagement of seniors with a mental health disorder. The second objective is to document the use of the POES tool with seniors. **Conceptual Framework:** Following a concept analysis

approach inspired by Walker and Avant (2005), the definition of occupational engagement chosen for this study is to increase involvement in the realization of an occupation and ensure that the implication is meaningful for the subject. **Methods:** This exploratory study follows a comparative descriptive specification using mixed methods. To meet the first objective, seniors with and without mental health disorder were subjected to POES. To answer the second objective, a qualified evaluator completed a personal diary documenting his observations during the procurement of the POES. Quantitative data analysis was performed using descriptive statistics while qualitative data analysis was performed using the method of Huberman and Miles (1994).

Results: The total POES score means that the group of seniors with a mental health problem (Group 1) scored slightly lower than Group 2 on the level of occupational engagement. In addition, group 2 presents superior results for 8 of the 9 items of the tool. Three factors hindering the occupational engagement of seniors with a mental health disorder were identified throughout this study: medication, physical limitations and environmental limitations. Frequenting a mental health organization positively impacts their engagement. Three factors also characterize their occupational engagement: commitment to creative and volunteering activities, as well as the establishment of routines. The observations noted during the awarding of the POES to question the relevance of the types of activities for seniors suggested in the tool and the interpretation of the total score. In addition, the occupational schedule and the interview schedule

facilitated the narration of the participants. **Discussion:** In this study, seniors with mental health disorder displayed a slightly lower level of engagement than seniors without mental health disorder. The differences between the two groups reside in the way seniors with a mental health disorder engage in occupations. However, because of the small number of participants, the results should be interpreted with caution. In addition, based on the researcher's experience, several recommendations for the use of the POES tool for seniors were formulated. **Conclusion:** Further studies with larger samples and taking into account the different contexts and living environments are necessary to deepen the knowledge about the occupational engagement of these seniors as well to understand their occupational needs better. The tools used should also be adapted to their particular context.

Key Words: occupational engagement, elderly, mental health, POES

1. INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le nombre d'aînés au Québec est en constante augmentation. Cela s'explique entre autres, en raison de la forte natalité à la suite du baby-boom dans les années 50 et 60 et d'une hausse de l'espérance de vie (Gouvernement du Québec, 2012). En effet, sur près de 8 millions de Québécois, on compte près de 1,8 million de personnes âgées de 65 ans ou plus (Gouvernement du Québec, 2012). Bien qu'une majorité d'aînés de plus de 65 ans bénéficie d'une bonne santé mentale, ceux-ci ne sont pas à l'abri des troubles mentaux (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). En effet, on estime entre 20 % et 25 % la proportion d'aînés présentant un trouble de santé mentale (Bartels et coll., 2004; Narrow et coll., 2000).

Depuis 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait de la santé mentale une priorité (MSSS, 2015). Le tout dernier plan d'action en santé mentale introduit des mesures concernant la participation de personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services. Ces mesures concernent également la lutte contre la stigmatisation, la promotion et la prévention de la santé mentale en plus de préciser la gamme de services offerts à la population générale, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental (MSSS, 2015). Bien que ce plan de services ait été mis en place au Québec pour la population qui présente des troubles de santé mentale, il parle très peu des aînés et de leurs besoins spécifiques. Pourtant, il s'agit d'une population importante de notre société québécoise qui vit des difficultés et qui présente certes des besoins au même titre que les jeunes et les adultes présentant des troubles de santé mentale. En effet, l'accumulation de problèmes reliés à la maladie mentale et l'avancement en âge peut entraîner les aînés vivant avec un trouble de santé à vivre des difficultés sanitaires, psychosociales, économiques et fonctionnelles (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). On peut se demander pourquoi le plan d'action en santé mentale ne propose pas davantage d'action pour répondre aux besoins de ces personnes.

Suite à cette constatation, il s'avère nécessaire de mieux connaître les besoins spécifiques des aînés ayant un trouble de santé mentale afin qu'ils soient davantage inclus dans nos politiques québécoises en matière de santé mentale. Une étude documentant l'engagement

occupationnel de cette population permettrait de fournir davantage d'informations sur leurs besoins et pourrait servir de base à l'élaboration de stratégies d'intervention adaptées. C'est d'ailleurs pourquoi cet essai portera sur l'engagement occupationnel des aînés qui présentent un trouble de santé mentale. Tout d'abord, la problématique soutenant la réalisation de ce projet est présentée. Puis, le cadre de recherche ainsi que la méthode permettant l'élaboration du projet seront émis. Le tout sera suivi des résultats, de la discussion ainsi que de la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, une présentation des troubles de santé mentale chez les aînés est réalisée de même qu'une description des difficultés auxquelles les aînés présentant un trouble de santé mentale sont confrontés au quotidien. Ensuite, le concept de participation sociale faisant partie des politiques publiques dirigées vers les aînés au Québec est brièvement présenté et l'exclusion des aînés ayant un trouble de santé mentale dans ces politiques est soulevée. Puis, une introduction au concept d'engagement occupationnel auprès de cette clientèle est exposée. S'en suit une courte présentation d'un outil permettant de mesurer ce concept. Finalement, le but qui guide cette étude et les objectifs de la présente recherche sont présentés à la suite de ces différentes sections en faisant mention de leur pertinence sociale, professionnelle et scientifique respective.

2.1. Les troubles de santé mentale chez les aînés

Comme mentionné précédemment, environ un cinquième des aînés de 65 ans et plus présente un trouble de santé mentale (Bartels et coll., 2004; Narrow et coll., 2000). Il peut s'agir d'aînés qui vieillissent avec un trouble de santé mentale diagnostiqué à l'âge adulte ou bien de personnes qui développent des troubles mentaux plus tardivement. En effet, les difficultés physiques, psychologiques et sociales associées à l'avancement en âge peuvent contribuer au développement de ces troubles (Mission nationale d'appui en santé mentale, 2003). Au Canada, on constate qu'il y a une augmentation du nombre d'aînés ayant un ou des troubles de santé mentale qui vivent dans la communauté. Cette hausse serait entre autres attribuable à la désinstitutionnalisation des individus hospitalisés pour des troubles psychiatriques (Dorvil et Benoit, 1999).

2.1.1. Description des troubles de santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001), les troubles mentaux sont considérés comme une affection cliniquement significative qui se caractérise par un changement du mode de pensée, de l'humeur ou de comportements associés à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Pour parler d'un trouble, ces changements doivent être permanents ou répétés et causer une souffrance ou un handicap chez la personne dans une ou plusieurs sphères de sa vie courante (OMS, 2001). Les troubles mentaux observés chez les aînés

comprennent les troubles de l'humeur (dépression majeure et dysthymie), les troubles bipolaires, les troubles anxieux (anxiété généralisée, troubles phobiques, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique), la schizophrénie et les troubles de personnalité (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010).

2.1.2. Les troubles de santé mentale grave

Parmi les aînés de plus de 65 ans vivant en Amérique du Nord, on estime à 2 % celles touchées par un trouble de santé mentale grave (Bartels, Levine et Shea, 1999). Pour être qualifiés de graves, les troubles mentaux doivent être associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans trois domaines tels que les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves (MSSS, 2005). Ainsi, les aînés présentant un trouble de santé mentale qu'il soit qualifié de grave ou non sont sujets à vivre des difficultés dans leur quotidien.

2.1.3. Les difficultés au quotidien auxquelles sont confrontés les aînés ayant un trouble de santé mentale

Comme mentionné précédemment, les aînés ayant un trouble de santé mentale sont plus sujets à vivre différentes difficultés en lien avec l'accumulation de problèmes reliés à la maladie mentale et l'avancement en âge (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). Notons que ces difficultés peuvent être accentuées chez les aînés ayant vécu avec un trouble de santé mentale pendant une grande partie de l'âge adulte (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). Les sections suivantes présentent en détail les différentes difficultés auxquelles sont exposés les aînés présentant un trouble de santé mentale.

2.1.3.1. Difficultés sur le plan de la santé

Selon Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément (2010), la présence d'un trouble de santé mentale grave peut engendrer un vieillissement physique précoce qui peut être expliqué par les mauvaises habitudes et conditions de vie parfois observées chez cette population. Toujours selon ces auteurs, ces maladies physiques, lorsqu'elles s'aggravent, peuvent entraîner quelquefois des institutionnalisations, elles aussi précoces. De plus, selon la National Institute for Mental Health in England- NIMHE (2005), un trouble de santé mentale combiné au

vieillesse peut également être associée à une guérison plus ardue et une augmentation du taux de mortalité. De plus, l'utilisation prolongée de médicaments psychotropes entraînant des effets secondaires indésirables génère davantage de vulnérabilité sur le plan de la santé physique de cette population (NIMHE).

2.1.3.2. Difficultés psychosociales et économiques

Certains aînés ayant un trouble de santé mentale présentent une passivité induite ou apprise et une capacité d'adaptation et de résolution de problèmes limités (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010; Thompson, 1999). Ces traits de passivité peuvent être d'une part attribués à la routine et aux règles strictes imposées par la vie en institution et d'autres parts à la diminution des symptômes positifs du trouble de santé mentale avec l'avancement en âge en particulier chez les personnes schizophrènes (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). De plus, lorsqu'il est question de décrire les situations psychosociales des aînés présentant un trouble de santé mentale, l'isolement social et l'absence ou l'effritement des réseaux sociaux semblent être des caractéristiques qui font consensus (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). Cela pourrait s'expliquer d'une part, par des difficultés dans les habiletés sociales, des stigmates et des tensions entourant la maladie mentale et d'autre part par le passage du temps avec l'avancement en âge qui entraîne le décès des proches (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010).

Finalement, sur le plan économique, cette population présente un manque de ressources entraînant de la précarité, de la pauvreté et des options de milieux de vie limitées ou inadéquates. Cette précarité ou pauvreté serait la conséquence des longues périodes passées dans les institutions, l'incapacité de gagner un revenu de travail et d'accumuler des revenus de retraite dans la période adulte. Le manque de revenu de ces personnes les confine dans un statut d'assisté social (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010), c'est-à-dire qu'elles nécessitent de l'aide financière du gouvernement pour subvenir à leurs besoins.

2.1.3.3. Difficultés reliées à la stigmatisation

Les aînés ayant un trouble de santé mentale font partie des personnes les plus à risque de vivre de la stigmatisation. Parmi les stigmates, on compte la double stigmatisation associée à la santé mentale et aux attitudes d'âgisme (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément,

2010). Dans certains cas, cette stigmatisation a des conséquences dans l'offre de services tels que la marginalisation dans le système de soins, des soins et des services offerts par du personnel n'ayant pas toutes les compétences requises, de la victimisation, une possibilité de négligence et une exclusion de la recherche ayant des conséquences négatives sur les politiques et l'établissement des meilleures pratiques (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011). Cela présente une lacune importante dans notre système de santé.

2.1.3.4. Difficultés fonctionnelles

L'avancement en âge associé à un trouble de santé mentale grave peut occasionner des conséquences majeures sur le plan fonctionnel (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010). En effet, les troubles mentaux peuvent accélérer le déclin fonctionnel. Selon Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz (2010), les aînés vivant avec un trouble de santé mentale ont généralement un plus faible degré de fonctionnement et d'autonomie. Selon ces auteurs, cette perte d'autonomie accélérée se répercute dans leurs activités de la vie quotidienne et domestique (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovite).

Devant un tel portrait, on peut se questionner sur la place des aînés ayant un trouble de santé mentale dans notre société. Quels rôles jouent-ils? Comment se déroule leur quotidien? Il existe très peu de connaissances à ce sujet sur cette population alors notre société encourage l'intégration sociale des aînés dans la communauté. Dans la section qui suit, le concept de participation sociale qui fait référence à l'intégration sociale sera abordé puisqu'il est un concept central aux politiques actuelles dirigées vers les aînés.

2.2. Participation sociale : concept central des politiques publiques dirigées vers les aînés

Depuis quelques années, la notion de participation sociale qui se définit comme étant la participation d'une personne à des activités avec d'autres personnes dans la société ou dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond (2010), est devenue un concept central des politiques publiques dirigées vers les aînés (Raymond, Sévigny et Tourigny, 2012). Au Québec, le ministère de la Famille et des Aînés en a fait l'un des concepts principaux de son approche du vieillissement actif, tandis que l'Institut national de santé publique du Québec la considère comme l'un des déterminants d'un vieillissement en santé (Raymond, Sévigny et Tourigny). Le concept de la participation sociale est donc désormais central dans les recherches relatives aux aînés (Raymond, Sévigny et Tourigny). Toutefois, ces recherches s'intéressent

principalement aux aînés en bonne santé et ceux qui présentent des limitations physiques. Rares sont les études documentant spécifiquement la participation sociale des aînés ayant un trouble de santé mentale. Ainsi, on ne connaît pas ce qu'ils font dans leur vie de tous les jours. Pourtant, le fait de documenter cet aspect permettrait de mieux connaître cette population et ses besoins. De plus, une meilleure connaissance de ce que font ces personnes permettrait de développer des programmes et des services qui ne seraient pas centrés sur la maladie et les symptômes, mais sur leur vie quotidienne, leurs forces et plus particulièrement sur leur engagement dans des occupations significatives.

L'engagement occupationnel est un concept développé en ergothérapie qui s'apparente à celui de la participation sociale. Il concerne l'ensemble des occupations réalisées par une personne dans son quotidien et ce peu importe l'environnement donné. Le concept d'engagement occupationnel représente un intérêt pour l'ergothérapie puisqu'il s'agit d'un concept plutôt récent et peu documenté dans la pratique. Cet essai se concentre donc sur le concept de l'engagement occupationnel.

2.3. L'engagement occupationnel chez les aînés

L'engagement occupationnel, dans sa définition la plus globale, réfère à tout ce que fait un individu pour s'impliquer, prendre part ou participer à une occupation (Houghton Mifflin Company, 2004, cité dans Polatjko, 2013). Il s'agit d'un concept central dans le domaine de l'ergothérapie. Plusieurs auteurs l'ont d'ailleurs défini au fil des années. Quelques études se sont également intéressées au concept de l'engagement occupationnel chez une clientèle adulte en santé mentale. Toutefois, peu d'études se sont concentrées sur la description de l'engagement occupationnel des aînés et leur expérience de s'engager dans des occupations.

Les études existantes ont pour objectif de décrire les bienfaits de s'engager dans des occupations. Elles démontrent que s'engager dans des occupations favorise la santé (Svidén & Borell, 1998); contribue au bien-être, organise le temps et sert d'agent social (Rudman, Cook et Polatajko, 1997). Pourtant, l'engagement occupationnel chez les personnes âgées est un concept important à étudier puisque les aînés constituent un segment de la société qui connaît la croissance la plus rapide et que l'engagement dans des occupations est considéré comme l'une des prémisses fondamentales de la santé (Wilcock 2006). Quant aux aînés ayant un trouble de

santé mentale grave, les études s'intéressant à leur engagement occupationnel sont rares. En effet, aucun écrit n'a été trouvé en effectuant une recherche sur le sujet dans le cadre de cet essai. Ainsi, documenter l'engagement occupationnel auprès des aînés ayant un trouble de santé mentale permettrait de faire avancer les connaissances en plus de fournir davantage d'informations sur les besoins de cette clientèle et pourrait servir de base à l'élaboration de stratégies d'intervention adaptées à cette clientèle.

2.4. L'évaluation de l'engagement occupationnel

Le fait qu'il existe peu de documentation sur l'engagement occupationnel auprès des aînés et particulièrement de ceux ayant un trouble de santé mentale peut être expliqué principalement par le fait que ce concept est récent et peu connu en dehors de la communauté ergothérapique. De plus, il existe peu d'outils de mesure permettant de documenter spécifiquement ce concept. Un outil a été conçu récemment afin de pallier cette lacune. Il s'agit du *Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia* (POES) (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006). Ce dernier permet de recueillir des données de façon systématique sur les dimensions qui composent l'engagement occupationnel. Le POES est un outil d'évaluation qui peut aider les ergothérapeutes à documenter l'engagement occupationnel à partir d'une variété d'aspects permettant d'apprécier ce concept. Ainsi, il permet de réaliser une évaluation détaillée de l'engagement occupationnel d'une personne et d'effectuer un plan d'intervention qui favorisera sa santé mentale et son bien-être (Bejerholm et Eklund, 2006). Il a été utilisé auprès d'adultes et présente de bonnes qualités psychométriques (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006), mais on en sait peu sur son utilisation auprès des aînés. Étant donné qu'il n'existe aucun outil permettant de documenter l'engagement occupationnel des aînés, il s'avère intéressant de se questionner à savoir si le POES pourrait s'appliquer à une clientèle âgée.

2.5. But et objectifs de recherche

Cette étude vise à mieux comprendre l'engagement occupationnel d'aînés vivant avec un trouble de santé mentale incluant les troubles mentaux graves. Elle comprend deux objectifs spécifiques. Premièrement, elle vise à décrire l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale. Deuxièmement, cette étude vise à documenter l'utilisation de l'outil POES auprès d'aînés avec et sans trouble de santé mentale.

Ce projet présente une pertinence professionnelle puisqu'il permettra de fournir davantage d'informations sur les besoins occupationnels de cette clientèle et pourrait ainsi servir de base à l'élaboration de stratégies d'intervention pour les ergothérapeutes adaptées à la clientèle. De plus, cette étude vise à documenter l'utilisation de l'outil POES auprès d'aînés avec et sans trouble de santé mentale. Ce deuxième objectif présente une pertinence professionnelle puisqu'il permettra de continuer le développement de cet outil par rapport à ses qualités psychométriques, menant à mieux outiller les ergothérapeutes pour l'évaluation du concept d'engagement occupationnel. Finalement cette étude dans son ensemble présente une pertinence scientifique puisqu'elle permet de faire avancer les connaissances sur un sujet peu documenté qui est l'engagement occupationnel.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section expose le cadre de recherche de cet essai. L'engagement occupationnel, principal concept à l'étude, est donc présenté et défini en s'inspirant de la méthode suggérée par Walker et Avant (2005). Ces auteurs ont développé un processus en huit étapes pour définir les éléments de base d'un concept. La réalisation d'une analyse de concept selon la méthode proposée par Walker et Avant (2005) permet d'exposer les éléments critiques du concept à un moment précis dans le temps, dans ce cas-ci, lors de la réalisation cette étude. Les résultats de l'analyse ne sont ainsi jamais statiques puisqu'ils sont susceptibles d'évoluer dans le temps (Walker et Avant, 2005). L'annexe A présente les huit étapes de cette démarche. Seules les étapes trois, quatre et huit sont présentées, les autres étapes n'étant pas jugées essentielles à réaliser pour définir le concept d'engagement occupationnel dans le cadre de cet essai. Puis, la perspective retenue dans cet essai pour opérationnaliser le concept d'engagement occupationnel des aînés est exposée et justifiée.

3.1. Les différents usages du concept d'engagement occupationnel

Ce paragraphe qui correspond à la troisième étape suggérée par Walker et Avant (2005), a pour but d'établir les différents usages du concept. En d'autres mots, il s'agit d'identifier ce que les auteurs entendent par le concept d'engagement occupationnel. Le tableau suivant présente les différentes définitions retenues et traduites suite à une recension des écrits non exhaustive. Le tableau suivant présente ce qui a été retenu dans le cadre de cet essai.

Tableau 1.
Les différents usages du concept d'engagement occupationnel

Kielhofner (2002)	Être impliqué dans l'exécution d'une tâche. Ainsi, pour parler d'engagement occupationnel, la personne se doit de s'investir pleinement dans la réalisation de l'occupation autrement, il s'agit davantage du rendement occupationnel.
Kielhofner (2008)	Le fait de faire, de penser ou de ressentir quelque chose dans un environnement donné pendant une activité.
Pelletier (2012)	L'engagement correspond à l'énergie, l'effort, la concentration et l'intérêt porté envers l'occupation au moment où elle est réalisée.
Polajtak et coll. (2013)	Ces auteurs utilisent la définition du dictionnaire Houghton Mifflin Harcourt (2004) pour définir le concept d'engagement occupationnel. Cette définition identifie l'engagement comme étant le fait de se mobiliser de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager.
Wilcock (2006)	Le fait d'apporter sa contribution afin d'être, de devenir, et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations.
(Yerxa, 1980, 1998)	L'engagement occupationnel implique que la personne ait de la volonté et de la motivation à réaliser l'occupation et que celle-ci soit significative pour elle.
Yerxa (1998)	L'engagement dans les occupations se produit lorsque l'activité est dirigée par la personne, qu'elle contribue aux autres et qu'elle est productive également pour l'individu qui l'exécute.

3.2. Les attributs du concept d'engagement occupationnel

Ce deuxième paragraphe correspond à la quatrième étape suggérée par Walker et Avant (2005) qui a pour but de déterminer les attributs des concepts. Il s'agit en fait d'identifier les caractéristiques employées par les auteurs pour décrire le concept d'engagement occupationnel. À partir des différentes définitions présentées précédemment, deux caractéristiques communes sont employées par la majorité des auteurs pour décrire le concept d'engagement occupationnel. Il s'agit de la réalisation d'une occupation et de l'expérience subjective durant la réalisation de cette occupation. La notion de subjectivité dans l'engagement occupationnel est très pertinente dans le domaine de l'ergothérapie puisque les ergothérapeutes s'intéressent à ce que font les personnes, mais également pourquoi elles le font et comment elles l'expérimentent.

3.3. Les référents empiriques du concept d'engagement occupationnel

Cette troisième section correspond à la huitième étape suggérée par Walker et Avant (2005) qui a pour but d'identifier les référents empiriques. Cette étape vise à identifier comment les auteurs mesurent le concept d'engagement occupationnel et quels sont les critères ou indicateurs pour mesurer ce concept. Le tableau suivant présente les référents empiriques selon différents auteurs qui se sont intéressés aux critères et aux indicateurs pour mesurer le concept d'engagement occupationnel.

Tableau 2.
Les différents référents empiriques du concept d'engagement occupationnel

Polatajko et coll. (2013)	Bejerholm, Hansson et Eklund, (2006)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'engagement occupationnel se mesure par l'entremise de la satisfaction et l'importance de l'occupation pour la personne. Il s'agit de la méthode utilisée par la mesure canadienne du rendement occupationnel où les individus doivent identifier le degré d'importance et de satisfaction pour l'ensemble des occupations qu'ils réalisent. ➤ Ces auteurs mentionnent également que les ergothérapeutes s'intéressent au concept d'engagement occupationnel à partir de cinq concepts. Ces derniers offrent une perspective pour mesurer le concept d'engagement occupationnel. <ul style="list-style-type: none"> ○ La nature des occupations : qu'elles soient actives ou passives. ○ L'intensité des occupations : qu'elles soient réalisées régulièrement ou non. ○ Le degré d'établissement des occupations : qu'elles soient effectuées depuis plusieurs années ou récemment. ○ De l'étendue : le degré d'implication de la personne dans l'occupation (entièrement impliqué ou à peine attentif). ○ La compétence de rendement de la personne c'est-à-dire ses habiletés dans la réalisation de l'occupation (Novice ou expert). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces auteurs identifient neuf critères permettant de documenter l'engagement occupationnel. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le rythme quotidien des activités et du repos : comprend la manière dont les activités calmes de repos sont réparties, par rapport à celles plus actives. ○ L'endroit : correspond au lieu dans lequel se réalisent les occupations ○ La variété et la gamme des occupations : concerne le type d'occupations réalisées. ○ L'environnement social : correspond aux personnes avec qui les occupations sont réalisées. ○ Les interactions sociales : fait référence à l'étendue des interactions sociales ○ L'interprétation : mesure l'étendue de la réflexion du client relativement à son expérience occupationnelle ○ L'étendue des occupations significantes : indique les occupations les plus susceptibles d'être associées à un sens et à une raison d'être. ○ Les routines : fait référence à l'éventail des routines et à l'organisation des occupations ○ Amorcer la réalisation des occupations : réfère à ce qui amorce et déclenche la réalisation.

3.4. Perspective retenue et justification

La définition de l'engagement occupationnel retenue pour cet essai est le fait de s'impliquer dans la réalisation d'une occupation et que cette implication ait un sens pour la personne. La perspective retenue, quant à elle, pour opérationnaliser le concept d'engagement occupationnel chez les aînés ayant un trouble de santé mentale est celle de Bejerholm, Hansson et Eklund, (2006) qui mesure le concept selon 9 items. Notons que ces auteurs ne proposent pas une définition du concept d'engagement occupationnel, mais plutôt une opérationnalisation de

celui-ci ce qui est facilitant dans le cadre de cet essai puisque cela permet de mesurer l'engagement occupationnel des participants selon les mêmes caractéristiques. Plusieurs raisons sont à l'origine du choix de cette perspective comme cadre de recherche. Premièrement, une mention particulière est donnée à l'expérience subjective de l'individu qui s'avère une caractéristique essentielle pour définir le concept d'engagement occupationnel. En effet, selon cette perspective, l'engagement occupationnel implique l'interprétation de la personne et sa compréhension découlant de l'expérience. Ainsi selon Bejerholm, Hansson et Eklund (2006), pour bien définir l'engagement occupationnel, il est essentiel de questionner les individus sur l'interprétation et le sens des occupations qu'ils réalisent. Ainsi, il ne s'agit pas d'identifier seulement ce que font les personnes, mais de décrire également leur expérience de s'engager dans des occupations, ce qui rejoint la perspective des ergothérapeutes en matière d'occupations. Deuxièmement, les neuf critères pour mesurer l'engagement occupationnel ajoutent des éléments d'information additionnels concernant la manière dont les personnes s'engagent dans des occupations. Ils tiennent compte de l'environnement social et physique de même que le sens accordé pour chaque occupation. Cette perspective correspond à une vision holistique du concept d'engagement occupationnel. Finalement, la perspective retenue est la même que celle de l'outil POES (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006) qui est utilisé dans cet essai pour mesurer l'engagement occupationnel et dont l'applicabilité est évaluée chez les aînés.

4. MÉTHODE

Le but de cet essai est d'explorer le concept d'engagement occupationnel chez les aînés vivant avec un trouble de santé mentale grave. Il s'agit d'une étude exploratoire s'inscrivant dans un devis descriptive comparative utilisant des méthodes mixtes. Le devis descriptif vise en premier lieu à découvrir de nouvelles connaissances. En effet, ce type d'étude est utilisé quand le niveau de connaissances sur un sujet donné est peu documenté (Fortin et Gagnon, 2016, p.32). Ce devis est donc approprié puisque l'engagement occupationnel des aînés vivant avec un trouble de santé mentale est un concept peu documenté dans la littérature. Dans un second lieu, le devis comparatif rend compte des différences observées dans les variables relatives à deux ou à plusieurs groupes de participants (Fortin et Gagnon, 2016, p.209). Afin de documenter et de mieux comprendre un concept peu connu chez une population, l'utilisation d'un comparatif peut s'avérer utile pour donner un sens aux résultats qui sont obtenus. Ainsi, cette étude sera également réalisée auprès d'aînés ne présentant aucun trouble de santé mentale afin de comparer comment l'engagement occupationnel est vécu chez ces deux populations.

4.1. Méthodes d'échantillonnage

La population visée par cette étude est les aînés vivant avec un trouble de santé mentale. Comme mentionné précédemment, des aînés n'ayant aucun trouble de santé mentale ont également été recrutés dans le but de fournir un point de comparaison permettant de mieux comprendre les résultats obtenus chez les aînés avec un trouble de santé mentale. Deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées pour le recrutement des participants.

4.1.1. Échantillonnage intentionnel

L'échantillonnage intentionnel a été utilisé en premier lieu. Cette méthode consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016, p.271). Une affiche a été conçue à cet effet et a été déposée sur le site de l'université du troisième âge de Trois-Rivières pour recruter les aînés sans problème de santé mentale (Annexe C).

4.1.2. Échantillonnage par réseaux

L'échantillonnage par réseaux a été employé, en second lieu, afin d'optimiser la taille de l'échantillon des deux groupes. Il s'agissait de communiquer avec quelques personnes qui œuvrent auprès des participants recherchés ou qui font elles-mêmes partie de ces participants (Fortin et Gagnon, 2016). Un recrutement a donc été réalisé à l'aide de responsables de deux organismes en santé mentale et d'un organisme communautaire intervenant auprès de personnes à faible revenu. Il n'y a pas eu d'évaluation de la santé mentale, les participants s'identifiaient eux-mêmes comme faisant partie d'un ou l'autre groupe. Il a également été réalisé auprès d'une récréologue œuvrant dans une résidence privée pour aînés et auprès d'un proche âgé de 60 ans et plus. La lettre d'information du projet (Annexe D) ainsi qu'une affiche comprenant les coordonnées des chercheurs (Annexe C) ont été remises à ces individus afin qu'ils puissent l'acheminer à des personnes qui répondent aux critères de l'étude. Les personnes intéressées pouvaient ensuite contacter les chercheurs par courriel ou par téléphone. Un nombre de 6 à 10 participants au total était visé soit 3 à 5 participants respectivement dans chaque groupe. Le tableau suivant présente les critères de sélection des participants.

Tableau 3.
Critères de sélection des participants

Participants ayant un trouble de santé mentale	<p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être âgé de 60 ans et plus. • Vivre dans la communauté • Avoir un diagnostic d'un trouble de santé mentale ou des difficultés psychosociales ou fréquenter un organisme en santé mentale. • Comprendre et parler français <p>Critère d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir été reconnu inapte
Participants sans trouble de santé mentale	<p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être âgée de 60 ans et plus • Vivre dans la communauté. • Comprendre et parler français. <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir été reconnu inapte • Avoir un diagnostic d'un trouble de santé mentale ou des difficultés psychosociales ou fréquenter un organisme en santé mentale.

4.2. Méthodes de collecte de données

Un formulaire de consentement a été rempli par l'ensemble des participants avant le début de la collecte de données (Annexe E). Un questionnaire sociodémographique (Annexe F) a été créé dans le but de recueillir les caractéristiques pertinentes des participants (âge, statut social, situation économique, type de résidence, perception de sa santé physique et mentale). Ces informations permettent de décrire les participants à l'étude. Le questionnaire qui prend 5 à 10 minutes à compléter, a été utilisé une fois et a été rempli sur les lieux de l'évaluation. Puis, le POES a été utilisé afin de documenter l'engagement occupationnel des participants. Il s'agit d'un outil possédant de bonnes propriétés métrologiques au niveau de la validité de contenu, de la validité de construit, de la cohérence interne et de la fidélité interjuge (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006). Il comprend trois parties. Premièrement, la première section comprend une collecte de données au moyen d'un journal de l'emploi du temps des 24 dernières heures ainsi qu'une entrevue semi-dirigée afin de documenter avec plus de précision l'emploi du temps. Ainsi, dans un premier temps, chaque participant a été invité à fournir un récit de son emploi du temps des 24 dernières heures à l'aide d'un formulaire auto administré, avec des intervalles d'une heure (Annexe G). Pour chaque heure, le participant devait indiquer l'occupation réalisée, l'environnement social présente durant l'occupation, l'environnement physique où l'occupation s'est réalisée et finalement, il devait noter les commentaires et les réflexions personnelles sur l'expérience de réaliser l'occupation. Dans un second temps, l'évaluateur effectuait une entrevue complémentaire à partir des renseignements obtenus dans le journal afin d'obtenir le plus d'informations possible. Une banque de questions est fournie dans l'outil POES afin de guider l'évaluateur durant son entrevue (Larivière et coll., s.d.). L'annexe H fournit des exemples de questions pour l'item 9.

La deuxième partie comprend l'évaluation de l'information obtenue et la cotation de l'engagement occupationnel à partir des neuf items mentionnés précédemment soit le rythme quotidien des activités et du repos, l'endroit, la variété et de la gamme des occupations, l'environnement social, les interactions sociales, l'interprétation, l'étendue des occupations signifiantes, les routines et l'amorce de la réalisation des occupations. Chaque item a été coté par l'évaluateur selon des catégories classées de 1 à 4. Pour chaque catégorie, des comportements sont décrits allant d'un désengagement à un engagement continu. De cette manière, le score total

au POES qui représente le niveau d'engagement occupationnel peut varier entre 9 et 36. Un résultat entre 9 et 18 représente un niveau d'engagement faible, un résultat entre 19 et 27 représente un niveau d'engagement modéré et un résultat entre 28 et 36 représente un niveau d'engagement élevé. Notons qu'aucun n'écrit sur le POES discute de la façon dont ses normes ont été établies. L'annexe I fournit un exemple de la grille de cotation pour l'item 1.

La troisième partie comprend l'estimation de l'emploi du temps relativement à l'équilibre occupationnel. Cette troisième section de l'outil ne sera pas traitée pour cette étude puisqu'il ne s'agit pas de documenter ce concept. Notons que l'ensemble des entrevues ont été réalisées par le même évaluateur soit une étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Finalement, afin de répondre au deuxième objectif qui est de documenter l'utilisation du POES auprès d'aînés avec et sans trouble de santé mentale, un journal personnel a été complété par l'évaluateur. Celui-ci décrivait son expérience personnelle lors de la passation de l'outil POES auprès des aînés. Les difficultés rencontrées et les stratégies utilisées lors des entrevues sont des exemples d'informations qui ont été inscrites dans le journal.

4.3. Analyse des données

Les sections suivantes présentent la méthode d'analyse des données quantitatives et qualitatives.

4.3.1 Données quantitatives

Des analyses statistiques descriptives à partir des données obtenues au questionnaire sociodémographique et des résultats obtenus à l'outil POES ont été réalisées. Les données sociodémographiques ont été analysées en fournissant des proportions (pourcentages), des moyennes, des écarts types et des étendues afin de décrire l'échantillon à l'étude. Les résultats obtenus au POES ont été analysés en fournissant des moyennes pour chaque groupe. Les moyennes ont été réalisées à partir des scores finals et des résultats pour chaque item de l'outil. Les comparaisons entre les deux groupes se feront de façon descriptive. Étant donné la petite taille de l'échantillon, des analyses statistiques inférentielles telles que les mesures de différences permettant de comparer les moyennes ne pourront être utilisées.

4.3.2. Données qualitatives

Afin de documenter davantage l'engagement occupationnel, une analyse qualitative a été faite en s'inspirant de la méthode de Huberman et Miles (1994) à partir des données obtenues lors des entrevues semi-dirigées. Ces auteurs définissent globalement le processus d'analyse en trois étapes : 1) condenser les données (réduction, codage), 2) présenter les données, 3) formuler et vérifier les conclusions. Afin de réaliser la première étape, les entrevues ont été retranscrites en verbatim à partir des enregistrements audio. Puis un codage déductif a été réalisé, c'est-à-dire que chaque information obtenue à partir des verbatim a été associée à un des 9 items de l'outil POES, et ce à l'aide d'un tableau. Le tableau comportait deux colonnes dans le but de mettre en parallèle et faire ressortir les éléments semblables et les différences entre les deux groupes. Puis, une synthèse de l'information contenue dans le tableau a été réalisée pour chaque item, et ce pour les deux groupes respectifs. L'étape 2 soit la présentation des données et l'étape 3 soit la formulation et la vérification des conclusions seront présentées dans les sections résultats et discussion.

La même analyse a été réalisée pour documenter l'applicabilité de l'outil POES auprès des aînés. Afin de réaliser la première étape (condenser les données), les informations notées dans le journal personnel du chercheur à la suite de chaque entrevue ont été retranscrites à l'ordinateur dans un fichier Word. Ces informations contiennent des observations et des réflexions permettant de faire ressortir des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation de l'outil POES auprès des aînés. Elles permettent également d'identifier des besoins et des suggestions de modification et d'adaptation de cet outil auprès de la personne âgée. Puis, ces observations et ces réflexions ont été regroupées afin de faire ressortir de grandes catégories.

4.4. Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et un certificat portant le numéro CER-17-231-07.11 a été émis le 15 février 2017 (Annexe B). Les données qui ont été recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles. Celles-ci sont conservées dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans l'ordinateur personnel de l'étudiante et sur un support informatique (disque dur externe) dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes y

ayant accès sont les deux personnes responsables du projet, soit l'étudiante et la directrice de l'essai. Les données seront détruites deux ans après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2019.

5. RÉSULTATS

Cette section présente la description des participants à l'étude à partir des données obtenues au questionnaire sociodémographique. Les caractéristiques des deux groupes sont ensuite comparées. Puis, s'ensuivent les résultats quantitatifs obtenus à l'outil POES pour les deux groupes. Les principaux thèmes pour les différents items du POES découlant des entrevues réalisées sont ensuite présentés. La dernière section comprend les différentes observations notées par l'évaluateur lors de la passation de l'outil et permettant de documenter l'applicabilité du POES chez les aînés.

5.1. Description des participants

Cinq aînés présentant un trouble de santé mentale et cinq aînés ne présentant pas de trouble de santé mentale ont participé à l'étude. Le tableau suivant présente les différentes caractéristiques des deux groupes.

Tableau 4.
Description des participants

Caractéristiques	Groupe 1 n=5 Aînés vivant avec un trouble de santé mentale	Groupe 2 n=5 Aînés ne vivant pas avec un trouble de santé mentale
Sexe		
Hommes, n (%)	4 (80%)	1 (20%)
Femmes, n (%)	1 (20%)	4 (80%)
Âge (année), moyenne (écart type), min-max	69,8 (é.t. 8,8) 62-90	76,6 (é.t. 12,8) 67-86
Statut social		
Célibataire, n (%)	3 (60%)	0 (0%)
Marié, n (%)	0 (0 %)	2 (40%)
Union de fait, n (%)	0 (0 %)	1 (20%)
Veuf, n (%)	1 (20%)	2 (40%)
Divorcé, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Environnement social à domicile		
Seul, n (%)	5 (100%)	3 (60%)
Avec une personne et plus, n (%)	0 (0%)	2 (40%)
Type de résidence		
Maison, n (%)	0 (0%)	1 (20%)
Condominium, n (%)	0 (0%)	2 (40%)
Résidence pour aînés, n (%)	0 (0%)	2 (40%)
Logement, n (%)	4 (80%)	0 (0%)
Autres, n (10%)	1 (20%)	0 (0%)
Situation économique		
À l'aise financièrement, n (%)	1 (20%)	2 (40%)
Revenus suffisants pour subvenir à ses besoins, n (%)	2 (20%)	3 (60%)
Pauvre	2 (20%)	0 (0 %)
Diagnostic en santé mentale		
Trouble de personnalité limite et trouble obsessionnel compulsif, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Dépression majeure et alcoolisme, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Dépression majeure, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Bipolarité, n (%)	2 (40%)	0 (0%)
Services psychosociaux reçus ou déjà reçus		
Psychiatre, TS et ou psychologue, n (%)	4 (80%)	1 (20%)
Autres, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Aucun, n (%)	0 (0%)	4 (80%)
Problème de santé physique empêchant la réalisation de certaines activités (non précisés)		
Problèmes musculosquelettiques, n (%)	3 (60%)	2 (40%)
Problèmes du système immunitaire, n (%)	0 (0%)	1 (20%)
Fatigue généralisée, n (%)	1 (20%)	0 (0%)
Aucun, n(%)	1 (20%)	2 (40%)
Perception de son état de santé général		
Très bon, n (%)	0 (0%)	2 (40%)
Bon, n (%)	5 (100%)	2 (40%)
Passable, n (%)	0 (0%)	1 (20%)

Le groupe un (aînés ayant un trouble de santé mentale) est constitué majoritairement d'hommes (n=4) tandis que le groupe deux (aînés sans trouble de santé mentale) comprend principalement des femmes (n=4). Pour ce qui est de l'âge, la moyenne d'âge des participants du groupe un (69,8 é.t. 8,8) est plus basse que celle du groupe deux (76,6 é.t. 12,8). Les deux moyennes présentent toutefois un grand écart type. Il n'est donc pas possible de conclure que les participants du groupe un sont plus jeunes que ceux du groupe deux. Dans le groupe deux, l'ensemble des participants considèrent avoir des revenus suffisants et plus (n=5) alors que dans le groupe un, certains participants se considèrent comme pauvres (n=2). L'ensemble des participants du groupe un (n=5) vivent seul alors que quelques personnes du groupe deux demeurent avec une personne (n=2). Le nombre de personnes pour qui certains problèmes physiques limitent la réalisation de certaines activités est sensiblement le même pour les deux groupes (groupe un (n=3) et groupe deux (n=4)). Bien que le groupe deux représente les aînés sans trouble de santé mentale, il est possible de constater qu'un des participants a déjà reçu des services de psychologie dans le passé. Finalement, la perception de l'état de santé de l'ensemble des participants se situe de bon à très bon à l'exception d'un participant du groupe deux qui le considère comme passable.

5.2. Résultats obtenus au POES

Le degré d'engagement occupationnel a été évalué pour l'ensemble des participants. Le tableau suivant présente les différents résultats obtenus pour les deux groupes. Les moyennes obtenues pour les deux groupes démontrent que le groupe d'aînés ayant un trouble de santé mentale obtient un score inférieur au groupe d'aînés sans trouble de santé mentale. On peut constater que pour les deux groupes, trois personnes présentent un niveau d'engagement occupationnel élevé et deux personnes présentent un niveau d'engagement modéré.

Tableau 5.
Score total obtenu à l'outil POES

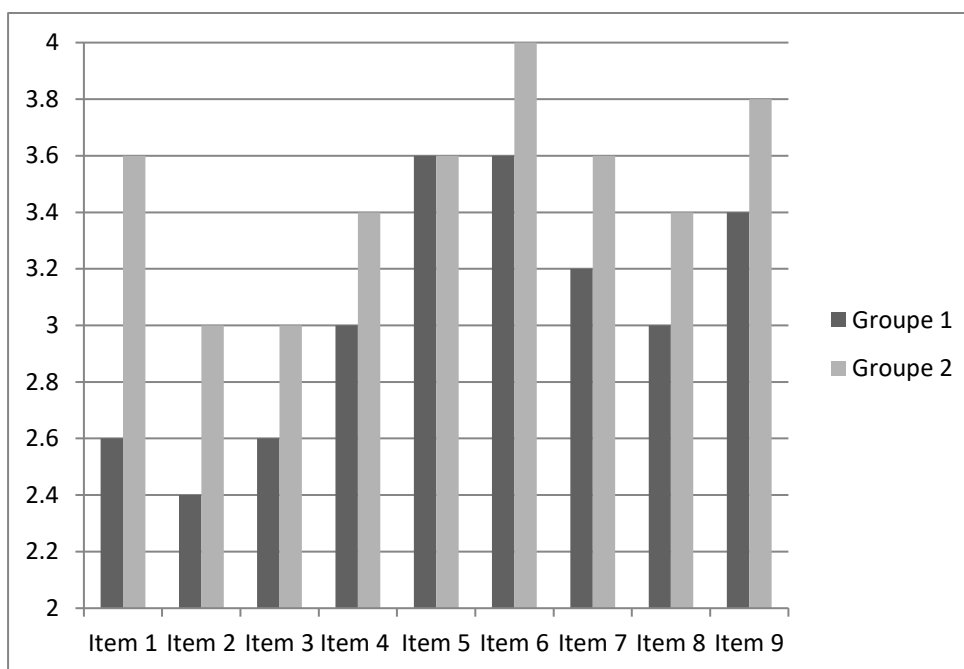
Groupe 1 : Participants ayant un trouble de santé mentale	Score total	Groupe 2 : Participants sans trouble de santé mentale	Score total
Participant 1	30	Participant 6	33
Participant 2	24	Participant 7	36
Participant 3	28	Participant 8	34
Participant 4	27	Participant 9	27
Participant 5	28	Participant 10	27
Moyenne (Écart type)	27,4 (é.t. 2,2)	Moyenne (Écart type)	31,4 (é.t. 4,2)

9 à 18 : Faible niveau d'engagement
 19 à 27 : Niveau d'engagement modéré
 28 à 36 : Niveau d'engagement élevé

Des moyennes ont également été calculées et comparées auprès des deux groupes pour l'ensemble des neuf items de l'outil. Le groupe sans trouble de santé mentale présente des résultats supérieurs pour l'ensemble des items à l'exception de l'item numéro cinq qui correspond aux interactions sociales. L'item un, qui correspond au rythme quotidien des activités et du repos est celui dont les moyennes présentent le plus grand écart de différence entre les deux groupes. La figure suivante illustre ces résultats.

Figure 1.

Moyenne des résultats obtenus pour chaque item de l'outil POES.



Item 1 : Rythme quotidien des activités et du repos

Item 2 : Endroits

Item 3 : Variété et gamme d'occupations

Item 4 : Environnement social

Item 5 : Interactions sociales

Item 6 : Interprétation

Item 7 : Étendue des occupations significantes

Item 8 : Routine

Item 9 : Amorcer la réalisation de l'occupation.

5.3. Informations obtenues aux différents items du POES

Les neuf items retenus sont le rythme quotidien des activités et du repos, l'endroit, la variété et la gamme des occupations, l'environnement social, les interactions sociales, l'interprétation, l'étendue des occupations significantes, les routines et amorcer la réalisation des occupations. Pour chacun de ces items, une synthèse des informations a été effectuée respectivement pour chaque groupe suite à l'analyse des entrevues. Certains verbatim sont mis en contexte pour corroborer.

5.3.1. Rythme quotidien des activités et du repos

Cet item représente une vue d'ensemble de l'engagement, y compris la manière dont les activités calmes et de repos sont réparties, par rapport à une participation plus active dans des occupations tout au long de la journée (Bejerholm, s.d.).

5.3.1.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

Certains participants éprouvent de la difficulté à débiter leurs journées en raison des effets de leur médication (40%). Pour ces personnes, la journée commence par des activités calmes telles que regarder la télévision. Une sieste la journée est nécessaire pour la majeure partie des participants de ce groupe (80%) pour pouvoir poursuivre leur journée. Un seul participant mentionne qu'il lui arrive de dormir dans la journée, car il s'ennuie. Les personnes mentionnent également que les changements de saison entraînent plus de fatigue.

« Je me repose tout l'avant-midi, pour être en forme l'après-midi, c'est probablement en lien avec la médication parce que je prends 15 pilules par jour. » (Participant 5, gr. 1)

« Ça m'arrive de faire des détentes dans le jour, de me changer les idées. Ça me repose pour poursuivre la journée. Ça m'arrive également de me coucher dans la journée parce que je n'ai rien à faire. » (Participant 4, gr. 1)

« Ça m'arrive de faire des siestes dans le jour. Ça me repose pour poursuivre la journée. » (Participant 9, gr. 1)

5.3.1.2. Aînés sans trouble de santé mentale

Les journées débutent généralement par des activités intellectuelles telles que passer du temps à l'ordinateur et la lecture (80%). Les après-midis quant à eux sont réservés aux activités et aux sorties. Une période de repos dans la journée est nécessaire pour poursuivre la journée (100%), il peut s'agir d'une sieste, d'une détente ou bien d'une séance de méditation. La période de repos varie dans le temps selon chaque personne. Les soirées sont généralement occupées par la télévision (80%).

Participant 8 : « Quand je me lève le matin, mon premier bonjour c'est l'ordinateur. Je vais voir mes messages. Je vais sur Facebook. Sinon le matin je lis un bout de temps, je ne veux pas partir sec le matin, faire du ménage. »

« Je produis un 4 à 5 heures maximum, après c'est un repos sur le fauteuil. » (Participant 9, gr. 2)

5.3.2. Endroits

Cet item correspond aux lieux dans lesquels se réalisent les occupations (Bejerholm,s.d.).

5.3.2.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

La majorité des participants (60%) réalisent la plupart de leurs activités à l'organisme en santé mentale qu'ils fréquentent. Ils y passent d'ailleurs une bonne partie de la journée en semaine à l'exception d'un des participants qui mentionne se détacher tranquillement de l'organisme pour réaliser des activités à d'autres endroits. Les autres participants (40%) réalisent leurs activités majoritairement à domicile. Un participant mentionne qu'il aimerait réaliser plus d'activités à l'extérieur du domicile, mais que ce n'est pas possible dû à un problème de transport (l'absence de voiture pour se déplacer).

« Je sors tous les jours de la semaine, je viens au (organisme en santé mentale). » (Participant 5, gr. 1)

« Les journées que je n'ai pas la voiture, je reste plus à la maison. La plupart de mes activités sont réalisées à la maison. » (Participant 2, gr. 1)

5.3.2.2. Aînés sans trouble de santé mentale

La majorité des participants (60 %) ont une variété d'endroits pour réaliser leurs activités. Ces participants quittent leur demeure tous les jours pour réaliser des activités et des sorties. Une personne réalise toutefois la majeure partie de ses activités à domicile et une autre quitte le domicile principalement pour se rendre chez des membres de la famille.

« Je sors de chez nous tous les jours, tous les jours je sors faire des commissions, pour aller marcher, pour aller voir ma femme. » (Participant 6, gr. 2)

« Ce qui m’amène à sortir de mon condo... du magasinage seul, les petits spéciaux un peu partout. Je sors une à deux fois par semaine pour faire épicerie, magasinage, café. » (Participant 9, gr. 2)

5.3.3. Variété et gamme d’occupations

Cet item concerne les types d’occupations réalisées (Bejerholm, s.d.).

5.3.3.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

L’ensemble des participants réalisent leurs soins personnels et leurs tâches domestiques, à l’exception d’un participant qui mentionne n’effectuer pratiquement aucune de ses activités, n’étant pas des activités prioritaires pour lui. La majorité des participants s’adonnent à des activités créatives (100%), mais peu d’activités sportives (10%). En effet, un seul participant s’adonne à une activité sportive. La majorité des participants (60%) effectue du bénévolat.

« Je prenais ma douche tous les jours avant pis là c’est quelque chose qui n’est plus important. Ça fait longtemps que je n’ai pas passé la balayeuse à la maison, fait les planchers. » (Participant 5, gr. 1)

« Comme le cahier de mandala. J’en fais régulièrement. Ça me calme un peu. » (Participant 2, gr. 1)

« J’ai dormi à Brossard, c’est là que j’ai fait mon bénévolat. Je fais ce bénévolat-là, une fois par année, ça dure 4 jours. » (Participant 4, gr. 1)

5.3.3.2. Aînés sans trouble de santé mentale

L’ensemble des participants réalisent une variété d’occupations. Ils participent à la réalisation de leurs soins personnels et des tâches domestiques. La majorité des participants participent à des activités sportives (80%), des activités intellectuelles ¹(100%) et des activités de bénévolat (60%).

« J’ai toujours l’aquaforme deux fois par semaine. » » (Participant 7, gr. 2)

¹ Les activités intellectuelles font références aux activités mobilisant les fonctions cognitives. Par exemple, l’utilisation de l’ordinateur, la lecture, les mots mystères, les jeux de stratégie sur la tablette, etc.

« Je fais du bénévolat, des rapports d'impôts, mais pour les personnes qui n'ont pas beaucoup de revenus, c'est d'aider les gens dans le besoin. » (Participant 6, gr. 2)

« Après le déjeuner, je fais un peu de ménage, de rangement et après c'est l'heure de la douche et des soins de santé. » (Participant 8, gr. 2)

5.3.4. Environnement social

Cet item représente le type d'environnements sociaux (Bejerholm, s.d.).

5.3.4.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

La majorité des participants (60%) réalise la majeure partie de leurs activités seules lorsqu'elle n'est pas à l'organisme en santé mentale. Deux d'entre eux ont toutefois un ami stable avec lequel ils réalisent à l'occasion des activités. Un des participants s'est créé un réseau social à partir de l'organisme qu'il fréquente, il réalise plusieurs activités avec ceux-ci à l'extérieur de l'organisme. L'autre participant désire se faire des amis à l'extérieur de l'organisme prochainement.

« Avant, c'était juste ma famille, mes cousins, cousines, le monde autour. J'avais des connaissances, mais pas personne que je pouvais appeler, il y a 10 ans environ. J'ai été longtemps comme ça. Pis là ici je m'en suis fait des amis à (organisme en santé mentale), une chance qu'on a ça ici. » (Participant 1, gr. 1)

« Élargir mon réseau social, plus du monde normal, tomber dans la normalité, je suis rendue là dans ma vie. » (Participant 5, gr. 1)

5.3.4.2. Aînés sans trouble de santé mentale

La presque majorité des participants (40%) réalise en majeure partie ses activités seule. Ils mentionnent avoir plus de connaissances que d'amis intimes en lien avec le décès de ceux-ci ou bien tout simplement par choix. Ces personnes passent beaucoup de temps avec leur famille comparativement au reste des participants de ce groupe. Le reste des participants (60%) mentionne avoir un bon réseau social, ils réalisent plusieurs de leurs activités en groupe, avec des amis récents, mais également des amis de longue date et avec des membres de leur famille.

« Je mange au restaurant seule, à chaque fois que je vais à l'épicerie, je préfère y aller seule, je suis capable, je n'ai pas besoin de personne. Mes amies me disent ça doit être plate, tu es toute seule, moi je leur réponds que je suis assez bien. » (Participant 9, gr. 2)

« Ici, j'ai des connaissances, mais pas d'autres amis et ce n'est pas des amis intimes comme j'ai déjà eu là. Mes amis moi que j'avais premièrement quand j'étais à Saint-Tite, on s'est tous perdu de vue et actuellement ils sont tous morts. » (Participant 6, gr. 2)

« Je joue aux cartes, on joue entre nos amies, on va à tour de rôle chez chacune de nous autres. Je joue aussi au scrabble avec une amie. » (Participant 8, gr. 2)

5.3.5. Interactions sociales

Cet item réfère à l'étendue des interactions sociales (Bejerholm, s.d.).

5.3.5.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

L'ensemble des participants ne rapporte aucune difficulté à interagir avec les autres. L'environnement social offert dans l'organisme en santé mentale facilite et soutient toutefois les interactions sociales pour quelques participants. Une personne éprouvait d'ailleurs de grandes difficultés à interagir avec les gens avant de fréquenter un organisme en santé mentale.

Participant 5 : « Moi je parle avec n'importe qui, je n'ai pas de trouble avec ça, ça y va ce n'est pas un problème. »

Participant 1 : « Avant quand je me sentais petit, pas de confiance en moi, c'était plus dur d'entrer en relation avec les autres. En venant à l'organisme, on réalise qu'on a tous des problèmes, personne n'est parfait. »

5.3.5.2. Aînés sans trouble de santé mentale

L'ensemble des participants n'éprouve aucune difficulté à entrer en relation avec les autres et à amorcer les conversations. Un participant éprouve toutefois des difficultés à interagir avec certaines personnes en raison de ses problèmes auditifs.

Participant 7 : « Ça fait deux ans que j'ai aménagé ici. Je n'ai pas de la difficulté à me faire des amis. »

Participant 6 : « Je vais au billard, ça me fait beaucoup de bien parce qu'il y a d'autres personnes aussi, il y en a que j'aime moins que d'autres, d'autres qui parlent tellement fort que je ne comprends rien. »

5.3.6. Interprétation

Cet item mesure l'étendue de la réflexion du client relativement à son expérience occupationnelle, dans quelle mesure le client s'identifie à l'action et à la compréhension de l'expérience qu'elle évoque (Bejerholm, s.d.).

5.3.6.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

L'ensemble des participants se disent satisfaits de leur routine et des activités qu'ils réalisent malgré qu'ils présentent des limitations physiques reliées à l'âge et sont parfois contraints par l'absence de moyen de transport pour se déplacer. Une personne entre autres se dit plus satisfaite depuis qu'elle se définit autrement que par son trouble de santé mentale. L'ensemble des participants est en mesure d'identifier un minimum d'une activité dont il est fier à l'exception d'un participant qui éprouve des difficultés à reconnaître ses forces.

« On pourrait toujours en faire plus, mais j'ai appris à respecter mes limites. » (Participant 3, gr. 1)

« Je fais des témoignages, c'est vraiment exceptionnel par rapport à moi-même, c'est ma force, c'est une de mes forces, je fais de belles peintures aussi. » (Participant 5, gr. 1)

« Je sais qu'il y en a qui sont bien meilleurs, mais oui c'est vrai, l'intervenant il disait quand il a vu un de mes mandalas dans un cahier, il trouve que j'ai bien du potentiel. C'est dur de voir vraiment comment on est. » (Participant 2, gr. 1)

5.3.6.2. Aînés sans trouble de santé mentale

La majorité des participants (80%) se dit très satisfaite de sa routine et des activités qu'elle réalise. Ces individus sont conscients qu'ils ont dû délaisser certaines activités avec le temps en lien avec certaines limitations reliées à des problèmes physiques. Une personne éprouve davantage de difficultés à accepter cette réalité et souhaiterait être plus active. L'ensemble des participants est en mesure d'identifier des activités qu'il est fier de réaliser.

« Je suis satisfait, oui oui oui, très satisfait. Non je ne peux pas dire que j'aimerais changer des choses. Je fais mon affaire moi-même, il y a des choses que je vais changer certainement, j'ai décidé de ne plus laver ma voiture, j'ai décidé ça lundi passé. J'en fais plus de ça, ça me fatigue trop, et t'en qu'à me fatiguer. » (Participant 6, gr. 2)

« J'en fais pas assez, c'est tout le temps ça, il y a des journées j'étais fière de mes journées, avant que j'aie ça (douleur à l'épaule), j'étais fière de mes journées. » (Participant 10, gr. 2)

5.3.7. Étendue des occupations significantes

Cet item indique la quantité d'occupations susceptibles d'être associées à un sens et à une raison d'être (Bejerholm, s.d.).

5.3.7.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

L'ensemble des participants est en mesure d'identifier des activités significantes. Les activités significantes sont des loisirs pour l'ensemble des participants. L'ensemble des participants identifie des activités créatives, spirituelles et/ou intellectuelles comme principales activités significatives (la peinture, la lecture, la photographie, aller à la messe et l'apprentissage de langue étrangère). Un seul participant identifie en plus une activité sportive comme activité significative.

« J'apprends de nouvelles langues pour me distraire et ça me fait découvrir de nouvelles cultures. Ça me fait plaisir, j'aime vraiment ça. » (Participant 4, gr. 1)

« L'activité la plus importante pour moi c'est la messe. » (Participant 3, gr. 1)

« Je fais encore de la photo. » (Participant 1, gr. 1)

5.3.7.2. Aînés sans trouble de santé mentale

L'ensemble des participants est en mesure d'identifier plusieurs activités significantes. Les activités significantes ne se limitent pas aux loisirs, les participants éprouvent du plaisir à faire les tâches domestiques et les soins personnels. L'ensemble des participants identifie des activités sportives et intellectuelles comme principales activités significatives. Quelques participants ont développé de nouveaux intérêts avec l'âge (40%).

« Je ne fais rien par obligation. Je fais toutes des choses agréables et importantes pour moi. »
(Participant 10, gr. 2)

Participant 9 : « La lecture, ça, j'ai découvert ça ici. Avant je n'avais pas le temps. Regarde ma bibliothèque, elle s'accumule en 8 ans. Elle était vide. J'en lis. C'est ma fierté, personne ne va m'enlever ça. » (Participant 9, gr. 1)

5.3.8. Routines

Cet item fait référence à l'éventail des routines et à l'organisation des occupations (Bejerholm, s.d.).

5.3.8.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

L'ensemble des participants possèdent des routines stables. Pour la majorité des participants (80%), les organismes en santé mentale prennent une place importante dans la routine. Les activités changent toutefois en fonction de l'horaire de l'organisme. Il y a également une différence entre la semaine et la fin de semaine puisque les organismes en santé mentale sont fermés les fins de semaine. La stabilité dans les routines est appréciée puisque l'ensemble des participants n'aime pas les imprévus qui surviennent dans celles-ci.

« Les jours de la semaine, le (organisme en santé mentale), le samedi, ma gang d'amis et le dimanche, les tâches domestiques. » (Participant 1, gr. 1)

« Les imprévus, ça me déroute un peu. J'aime mieux quand je fais ce que j'avais pensé la veille. » (Participant 2, gr. 1)

5.3.8.2. Aînés sans trouble de santé mentale

La majorité des participants (60%) présentent une routine stable en ce sens où elles réalisent une routine spécifique à chaque jour qui se répète de semaine en semaine. Il y a peu de différence entre la semaine et la fin de semaine. Deux personnes présentent des routines flexibles puisqu'elles s'ajustent chaque jour en fonction de ce qui se présente comme activités organisées à leur résidence et/ou des activités formelles inscrites dans leur horaire.

« J'ai des journées qu'on joue aux cartes l'après-midi s'il fait pas beau. Sinon, on va se balancer dehors. Les journées ressemblent pas mal à ça. La fin de semaine, il n'y a pas vraiment d'activités d'organisées alors je vais voir mes enfants ou j'ai de la visite de mes amies. » (Participant 8, gr. 2)

« Je roule avec un agenda et un calendrier. J'ai une vie assez bien remplie. » (Participant 7, gr. 1)

5.3.9. Amorcer la réalisation des occupations

Cet item réfère à ce qui amorce et déclenche la réalisation des occupations (Bejerholm, s.d.).

5.3.9.1. Aînés avec un trouble de santé mentale

La plupart des activités sont proposées en majeure partie par les organismes en santé mentale ce qui favorise l'engagement dans des activités pour la majorité des participants (80%). Ces personnes ont toutefois la liberté de choisir dans quelles activités elles désirent s'engager. L'ensemble des participants est également en mesure d'initier des activités en dehors de l'organisme. La présence d'un moyen de transport pour se déplacer et le fait d'appartenir à un groupe d'amis favorisent l'engagement dans des activités de loisirs en dehors de l'organisme.

« Il y a le (organisme en santé mentale), les ateliers de croissance. J'ai l'horaire. Quand une activité m'intéresse, j'y vais sinon je n'y vais pas. » (Participant 2, gr. 1)

« L'ornithologie, j'avais une maison avant et j'avais des mangeoires, je connaissais les noms des oiseaux. Je veux recommencer, c'est une affaire que je veux faire avec mon vélo. » (Participant 5, gr. 1)

« On est 5, une gang, on se rejoint au Tim Horton et après on va faire les commissions des autres. On est 3 femmes, deux hommes, des gens de l'organisme en santé mentale. On se voit régulièrement, comme cet après-midi on va à un atelier. On est une bonne gang, des fois on va à Québec, à Trois-Rivières. Des fois on va faire de la photo dans le coin de Cap santé. » (Participant 1, gr. 1).

5.3.9.2. Aînés sans trouble de santé mentale

L'engagement dans des activités pour l'ensemble des participants est initié par ceux-ci. Les activités sont planifiées en fonction du changement de saisons, de l'humeur et du niveau de douleur et de fatigue. Pour une personne, la famille et les amis favorisent particulièrement l'engagement dans des occupations. Le fait de demeurer dans une résidence pour aînés favorise également l'engagement dans des occupations pour une participante puisque des activités sont organisées régulièrement par la récréologue de la résidence.

Participant 8 : « Moi c'est selon mon humeur, selon mon goût, je ne planifie pas d'avance mes tâches ménagères. Ce qui est planifié c'est les activités. » (Participant 8, gr. 2)

« La fin de semaine, on s'invite chez nos enfants. C'est nous qui les appelons sinon ils ne nous appellent pas. » (Participant 10, gr. 2)

5.10. Synthèse des résultats

Cette section présente une synthèse des résultats obtenus pour l'ensemble des neuf items afin de faciliter la mise en parallèle des deux groupes. Le tableau suivant expose cette synthèse.

Tableau 6.
Synthèse des résultats

Items du POES	Aînés avec un trouble de santé mentale	Aînés sans trouble de santé mentale
Le rythme quotidien des activités et du repos	Les effets de la médication entraînent des difficultés à s'engager dans des activités. Une sieste est nécessaire pour poursuivre la journée.	Les journées débutent généralement par des activités plus intellectuelles. Une période de repos (sieste, détente, méditation) est nécessaire pour poursuivre la journée.
L'endroit	Les activités sont majoritairement réalisées dans un organisme en santé mentale ou à la maison.	Les activités sont réalisées dans une variété d'endroits.
La variété et la gamme des occupations	Activités de la vie domestique et de la vie quotidienne Activités créatives et bénévolat	Activités de la vie domestique et de la vie quotidienne Activités intellectuelles, sportives et de bénévolat
L'environnement social	La majorité des activités sont réalisées seules ou en compagnie des membres de l'organisme.	La majorité des activités sont réalisées seules ou en famille pour quelques participants alors que d'autres participants mentionnent avoir un bon réseau social.

Les interactions sociales	Les participants ne présentent aucune difficulté à interagir socialement. L'organisme en santé mentale soutient les interactions.	Les participants ne présentent aucune difficulté à interagir socialement. La résidence pour aînés soutient les interactions.
L'interprétation	Les participants se disent satisfaits de leur routine malgré certaines limitations les empêchant de réaliser certaines activités. La majorité est en mesure d'identifier une activité dont elle est fière.	Les participants se disent satisfaits de leur routine malgré certaines limitations les empêchant de réaliser certaines activités. L'ensemble est en mesure d'identifier une activité dont il est fier.
L'étendue des occupations significatives	Les activités significatives se limitent aux loisirs pour l'ensemble des participants. Les activités créatives, spirituelles et/ou intellectuelles sont les principales activités significatives.	Les activités significatives incluent les loisirs. Les participants éprouvent du plaisir à faire les tâches domestiques et les soins personnels.
Les routines	L'ensemble des participants présente des routines stables. Les imprévus ne sont pas appréciés. L'organisme en santé mentale prend une place importante dans les routines.	La majorité des participants présentent des routines stables. Certains participants présentent des routines plus flexibles puisqu'ils s'ajustent chaque jour.
Amorcer la réalisation des occupations	Les participants sont en mesure de faire le choix des activités qu'ils désirent réaliser dans l'organisme et d'initier des activités en dehors de l'organisme. L'organisme en santé mentale est un environnement favorable pour amorcer des activités.	Les activités sont initiées par les participants et influencées par des facteurs internes et externes à la personne. La résidence pour personne âgée est un environnement favorable pour amorcer des activités.

5.4 Observations et réflexions suite à l'applicabilité de l'outil POES

Cette section présente les observations notées par l'évaluateur permettant de documenter l'applicabilité de l'outil POES auprès des aînés.

5.4.1. Passation de l'outil

Le temps moyen consacré pour la passation de l'outil a été sensiblement le même avec les aînés que celui suggéré avec des adultes soit, un total 45 minutes (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006). Toutefois, il est arrivé qu'il soit nécessaire pour certains aînés que ce soit l'évaluateur qui remplisse le journal d'emploi du temps en raison de limitations physiques telles

que des douleurs au membre supérieur ou bien des troubles visuels. Dans ce cas-ci, le temps nécessaire a augmenté considérablement soit de 30 à 45 minutes de plus. De plus, dans ces cas-ci, il a été observé que la réflexion du participant est moins approfondie. En effet, le temps de réflexion individuelle lorsque la personne doit compléter le journal de l'emploi du temps semble être très enrichissant pour la personne et pour la suite de l'entrevue.

Aussi, les participants qui complétaient le journal eux-mêmes ont eu tendance à oublier de remplir la quatrième colonne du journal de l'emploi du temps (interprétation) et à avoir de la difficulté à comprendre le sens de ce concept. En effet, certains participants présentaient des difficultés à identifier le sens de l'occupation, ceux-ci nécessitaient de l'aide ou des pistes de réponses. De plus, le fait que la personne complète le journal de l'emploi du temps en présence de l'évaluateur a été intéressant, car la plupart des personnes réfléchissaient à voix haute ce qui fournissait davantage de renseignements pour l'évaluateur, mais également des pistes de questions pour l'entrevue. Finalement, il est important de noter qu'aucune différence n'a été observée entre les deux groupes (groupe 1 et 2) quant au temps nécessaire pour la passation l'outil de même que les difficultés observées lorsque les participants devaient remplir le journal de l'emploi du temps.

5.4.2. Cotation de l'outil

La cotation de l'outil laisse peu de place à la subjectivité puisque les cotations sont bien décrites. Elles sont également bien adaptées pour une personne âgée à l'exception de l'item 3 (Variété et gamme d'occupations). En effet, pour obtenir la note la plus haute, les types d'occupations accomplies doivent inclure le travail, les études ou d'autres activités productives sur une base régulière. Ce qui correspond peu aux activités habituelles pour une personne âgée.

De plus, un engagement occupationnel modéré ou faible n'est pas nécessairement négatif, mais dépend du vécu de chaque personne âgée tel que le décrit cet extrait.

« Je n'ai pas acheté la paix, mais je voulais la paix parce qu'avant je m'occupais de mes parents, je ne pouvais jamais m'asseoir le matin, dire je bois mon café, j'étais toujours sur mes gardes, si j'avais un programme je me disais, je vais tu le réaliser. Maintenant ça va bien, j'ai le temps de flâner, il y a beaucoup moins d'imprévus, je veux profiter du temps qu'il me reste

maintenant. C'est tout nouveau pour moi de me reposer et c'est merveilleux. » (Participant 4, gr. 2)

5.4.3. Réactions des participants

La passation de l'outil a amené les participants à faire un récit de leur vie. En effet, en discutant des occupations qu'ils réalisent, plusieurs participants en sont venus à parler des éléments du passé qui les ont amenés à réaliser leurs occupations du présent. Ils en sont venus à discuter également des deuils qu'ils ont vécus au cours de leur vie et qu'ils vivent présentement. De plus, il a été observé que les personnes ont aimé discuter des activités qu'ils font et des activités qu'elles aiment faire, ce qui les a mises en confiance rapidement lors de l'évaluation et les a amenées à s'ouvrir facilement. Il s'agit donc d'un outil qui a facilité la narration, la discussion et la création du lien de confiance.

6. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de décrire l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale et de documenter l'applicabilité du POES auprès des aînés. Cette section propose donc une analyse de l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale à partir des thèmes relevés lors des entrevues et de la mise en parallèle avec les aînés sans problème de santé mentale. Les obstacles et les facilitateurs à l'engagement occupationnel de cette population de même que les facteurs qui caractérisent leur engagement sont présentés. Les besoins de cette population ressortis dans cette étude sont également exposés. Puis, des stratégies sont proposées à partir des observations et des réflexions du chercheur lors de l'utilisation du POES auprès des aînés afin de documenter l'applicabilité de cet outil chez cette population. Finalement, les implications pour la pratique ainsi que les forces et les limites de l'étude sont exposées.

6.1. L'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale

Dans cette étude, les aînés ayant un trouble de santé mentale présentent un niveau d'engagement légèrement plus bas que celui des aînés sans trouble de santé mentale. En effet, le groupe d'aînés ayant un trouble de santé mentale a obtenu un score moyen au POES correspondant à un degré d'engagement modéré (27,4 é.t. 2,2) alors que le groupe d'aînés sans trouble de santé mentale a obtenu un degré d'engagement élevé (31,4 é.t. 4,2). L'écart type étant peu élevé pour les groupes ce qui démontre que les moyennes sont représentatives des résultats. Toutefois, la moyenne d'aînés ayant un trouble de santé mentale se retrouve à un point d'avoir un niveau d'engagement occupationnel élevé selon les normes au POES. Ainsi on ne peut pas conclure qu'il y a une différence majeure entre les deux groupes en ce qui concerne le niveau d'engagement. Le groupe d'aînés ayant un trouble de santé mentale a toutefois obtenu des résultats inférieurs comparativement au groupe d'aînés sans trouble de santé mentale pour l'ensemble des neuf items du POES qui mesurent l'engagement occupationnel, à l'exception de l'item sur les interactions sociales. Pour cet item, les deux groupes ont obtenu un résultat similaire. Cela suggère qu'il y a bien une différence entre les deux groupes. Toutefois, il ne s'agit pas tant de différences au niveau de l'engagement occupationnel, mais bien de différences dans la façon dont les personnes ayant un trouble de santé mentale s'engagent dans des

occupations. En d'autres mots, le niveau d'engagement est sensiblement le même pour les deux groupes, mais certains facteurs influencent et caractérisent différemment l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale. Les sections suivantes présentent ces différents facteurs.

6.1.1 Les obstacles et les facilitateurs à l'engagement occupationnel

Trois obstacles à l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale sont ressortis à la suite des entrevues. Il s'agit de la médication, les limitations physiques et les limitations environnementales. Un facilitateur à l'engagement occupationnel de cette population est également ressorti. Il s'agit de la fréquentation d'un organisme en santé mentale.

6.1.1.1. La médication

La médication est un obstacle à l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale au niveau du rythme quotidien des activités et du repos et principalement lorsqu'une grande quantité de médicaments est consommée. Il faut mentionner qu'en fonction de la dose utilisée et de la sensibilité de la personne, les médicaments antipsychotiques et les neuroleptiques peuvent occasionner une somnolence ou une fatigue intense (Pelissolo, 2005, p. 47). Il est donc possible que les personnes qui prennent des médicaments pour leur trouble de santé mentale présentent davantage de difficultés à s'engager dans des activités actives dans la journée en raison des effets secondaires de leur médication. En effet, le fait de prendre plusieurs médicaments associés au trouble de santé mentale donne un rythme lent à la journée, et ce principalement en matinée. Celles-ci doivent réaliser des activités calmes en début de journée. Les activités calmes réfèrent selon le POES aux occupations qui sont réalisées d'une façon inactive sur les plans physique et mental comme regarder la télévision. Cela rejoint les résultats d'une étude de Bath et Gardiner (2005) qui concluait que les aînés qui ont un engagement social plus élevé sont ceux étant moins susceptibles de prendre plusieurs médicaments. Toutefois, cette étude ne concernait pas que les médicaments en santé mentale, mais bien l'ensemble des médicaments pouvant être consommé afin de réduire les troubles de toutes sortes. Or, la médication chez les aînés sans trouble de santé mentale n'est pas ressortie comme étant un facteur influençant leur engagement occupationnel, bien qu'il soit possible qu'elles en prennent aussi.

6.1.1.2. Limitations physiques et environnementales

Pour les deux groupes, la principale limitation à s'engager dans des occupations ressortie est les limitations physiques principalement d'ordre musculosquelettique. Les limitations pouvant être reliées aux conséquences de la maladie mentale n'ont pas été ressorties. Il ne semble donc pas y avoir de différence à cet égard avec les aînés sans trouble de santé mentale. Pour un seul des participants du groupe ayant un trouble en santé mentale, l'absence de voiture a également été identifiée comme un facteur influençant négativement l'engagement dans des occupations. On peut se demander si l'absence de voiture pour ce participant présente une limitation en raison d'un manque d'accessibilité à un réseau de transport dans sa région. Cela n'a pas pu être précisé malheureusement. Raymond, Gagné, Sévigny, et Tourigny (2008) mentionnent comme facteurs influençant la participation sociale des aînés, des facteurs sociodémographiques, personnels et environnementaux. On compte l'état de santé parmi les facteurs personnels et les moyens de transport parmi les facteurs environnements.

6.1.1.3. Les organismes en santé mentale

Le fait de fréquenter un organisme en santé mentale facilite l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale, au même titre que le fait de demeurer dans une résidence pour personnes âgées facilite l'engagement occupationnel des personnes qui y résident. En effet, les organismes en santé mentale influencent les endroits où sont réalisées les occupations et l'environnement social avec lequel elles sont effectuées. Ils ont également une influence sur l'action d'amorcer la réalisation dans des occupations.

Les aînés présentant un trouble de santé mentale ont tendance à réaliser la majorité de leurs activités à l'organisme qu'ils fréquentent. En dehors des heures d'ouverture de l'organisme, elles réalisent leurs activités principalement à la maison. L'organisme semble donc être un moyen de prédilection pour encourager ses personnes à sortir de la maison et à s'engager dans d'autres milieux. De plus, l'environnement social avec laquelle les occupations sont réalisées est également influencé de façon positive par l'organisme. En effet, la majorité des aînés ayant un trouble de santé mentale réalise leurs activités seules lorsqu'ils sont en dehors de l'organisme. De plus, lorsque les activités ne sont pas réalisées seules en dehors de l'organisme, elles sont réalisées principalement avec des personnes fréquentant également l'organisme. Les organismes sont donc un moyen de réaliser des activités avec des gens, mais également de faire la rencontre

de personnes avec qui il sera possible de réaliser des activités à l'extérieur du domicile et de l'organisme. De plus, le fait de fréquenter un organisme en santé mentale favorise les interactions sociales et amène les personnes à développer leurs capacités à communiquer avec les autres. Finalement, les organismes favorisent l'engagement dans des occupations en proposant des activités variées auxquelles les personnes sont invitées à participer si elles le désirent. Il est possible de remarquer que les personnes âgées ayant un trouble de santé mentale, bien qu'elles soient encouragées à participer à des activités, ont le pouvoir de décider d'amorcer ou non la participation à ces activités.

Ainsi les organismes en santé mentale jouent un rôle positif dans la vie des aînés en santé mentale et favorisent l'engagement occupationnel de celles-ci. Cela rejoint le plan d'action en santé mentale qui mentionne que les organismes en santé mentale, depuis plusieurs décennies, participent notamment à l'amélioration de la qualité de vie et de la participation sociale des personnes utilisatrices de services (MSSS, 2015).

Rappelons toutefois que l'ensemble des aînés ayant un trouble de santé mentale participant à cette étude ont été recrutés dans des organismes communautaires. Ainsi, cette étude permet de décrire l'engagement occupationnel des aînés en santé mentale qui fréquentent ses organismes, mais qu'en est-il de celles qui ne fréquentent pas ou ne veulent pas fréquenter ces organismes? Existe-t-il d'autres ressources pour ces personnes leur permettant de s'engager dans la communauté? Le MSSS mentionne qu'une expérience de stigmatisation dans le système de santé et de services sociaux peut avoir un impact négatif sur la disposition future de la personne à faire appel à des organismes en cas de besoin (MSSS, 2015). Comment s'assurer que les personnes sont informées et qu'elles aient le choix de participer ou non faire à ces organismes en santé mentale surtout si l'on connaît les bienfaits de ceux-ci? Aussi, les aînés recrutés dans les organismes en santé mentale ont une moyenne d'âge de 69 ans. On peut donc se demander où sont les aînés plus âgés dans la communauté et comment s'engagent-elles dans des occupations. Est-ce que le mode de recrutement des membres dans les organismes rejoint davantage les adultes et les aînés plus jeunes? Ainsi, on peut se questionner s'il n'y a pas un manque d'accès dans les services pour permettre l'engagement occupationnel des aînés en santé mentale au même titre que les personnes âgées ayant une déficience physique. En effet, une étude de Raymond, Grenier et Hanley (2014), a fait ressortir que les personnes âgées ayant une déficience physique critiquent le manque d'accès à des contextes de participation sociale dans la société.

Cette étude a mis en évidence la question de la responsabilité en matière d'accès à la participation. En particulier, il attire l'attention sur l'importance de transférer la responsabilité des pratiques inclusives à la société plutôt que sur l'individu. Cela est également applicable pour les aînés en santé mentale. Comment peuvent-elles s'engager dans des occupations s'il y a un manque d'accès à des contextes d'engagement occupationnel dans notre société pour cette clientèle ? Existerait-il des moyens de les inclure davantage dans les activités offertes dans la communauté pour les aînés ?

6.1.2. Facteurs caractérisant l'engagement occupationnel

Trois facteurs caractérisant l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale ont été ressortis lors des entrevues. Il s'agit de l'engagement dans des activités créatives et de bénévolat ainsi que l'importance des routines.

6.1.2.1. Les activités créatives

Les aînés ayant un trouble de santé mentale s'engagent en général dans une variété d'occupations. Elles réalisent l'ensemble de leurs activités quotidiennes et de la vie domestique, en plus de s'adonner à des activités productives et de loisirs. En effet, la majorité des aînés ayant un trouble de santé mentale s'engage dans des activités de loisirs au même titre que les aînés sans trouble de santé mentale. Toutefois, ces personnes réalisent principalement des activités créatives et ne semblent pas s'intéresser à s'engager dans des activités sportives. Les activités créatives font partie intégrante de la vie de ces personnes et sont également les activités les plus significatives pour celles-ci. On peut se questionner si cela est dû aux activités offertes par l'organisme. Est-ce que les organismes en santé mentale proposent davantage des activités créatives que sportives ? Si oui, est-ce en lien avec le manque d'accessibilité à des activités sportives ou bien la contrainte des horaires ? Sinon, est-ce le coût associé aux activités sportives qui est généralement élevé ? Cela fait référence au contexte environnemental qui entoure les occupations. De plus, le fait que les activités créatives ont des bienfaits thérapeutiques chez les personnes en santé mentale peut également expliquer pourquoi ces personnes s'engagent dans ce type d'activités. En effet, l'art a toujours été une pratique importante dans le soutien aux personnes atteintes de trouble de santé mentale. Certaines études démontrent d'ailleurs que les programmes d'art communautaire favoriseraient le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale (Potter, 2013).

6.1.2.1 Les activités de bénévolat

La plupart des aînés ayant un trouble de santé mentale dans cette étude s'adonnent également à des activités de bénévolat au même titre que les aînés sans trouble de santé mentale. Selon Raymond, Gagné, Sévigny, et Tourigny (2008), la principale motivation des aînés à réaliser du bénévolat est la générativité et la contribution à la société. Ainsi on peut se questionner s'il en est de même pour les aînés ayant un trouble de santé mentale. Est-ce que cette population s'engage dans des activités de bénévolat pour contribuer à la société ou plutôt pour se sentir valorisée ou bien pour s'occuper?

6.1.2.2. L'importance des routines

La majorité des aînés de cette étude présentent un engagement occupationnel imbriqué dans des routines. Cela rejoint Polatajko et coll. (2013), qui mentionne que l'engagement occupationnel s'effectue au fil du temps et forme des patrons d'engagement occupationnel. Ainsi, même si les aînés sont à la retraite et n'ont pas un travail qui organise leur temps de la semaine, celles-ci se donnent elles-mêmes une structure pour organiser leur temps. La stabilité dans les routines chez les aînés ayant un trouble de santé mentale semble essentielle. En effet, cette stabilité permet de limiter les imprévus qui semblent peu appréciés chez cette population. Ces personnes aiment donc que leur engagement dans des activités soit planifié. On peut se questionner si cela leur permet d'avoir un sentiment de contrôle sur leur vie. Selon Cohen (2001), la capacité d'adaptation et de résolution de problème des aînés ayant un trouble de santé est limitée. Est-ce que c'est parce que ces personnes sont plus sujettes à vivre de l'anxiété et présentent plus de difficultés d'adaptation?

6.1.3. Les besoins des aînés ayant un trouble de santé mentale

À partir des obstacles et des facilitateurs à l'engagement occupationnel et des facteurs caractérisant l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale, il est possible de faire ressortir certains besoins relatifs à cette population. Premièrement, offrir davantage des activités dans la communauté en après-midi permet de respecter le rythme de repos de cette population en lien avec la prise de médicaments qui limite l'engagement occupationnel en matinée. Deuxièmement, améliorer l'accessibilité à des ressources communautaires ou à des activités dans la communauté pour les aînés en santé mentale est essentiel. Troisièmement, trouver des moyens d'inclure davantage cette population dans les

activités offertes pour les aînés sans trouble de santé mentale afin de favoriser leur inclusion dans la communauté. Quatrièmement, s'assurer que les services existants pour cette population offrent des routines et qu'ils permettent ainsi de réduire le plus possible les imprévus dans leurs routines.

6.2. Applicabilité de l'outil POES chez les aînés

Cette section propose des suggestions quant à l'application de l'outil POES chez les aînés à la suite des observations et des réflexions du chercheur. En fonction de l'expérience du chercheur, voici ce qui pourrait être recommandé.

6.2.1. Passation de l'outil

En ce qui concerne la passation de l'outil POES auprès des aînés il est recommandé lorsque possible que ce soit la personne qui est évaluée et non l'évaluateur qui remplit le journal d'emploi du temps afin d'encourager la réflexion personnelle. Afin d'encourager la personne âgée à compléter le journal d'emploi du temps, il est recommandé de fournir un exemplaire du journal en gros caractère afin de minimiser que les problèmes visuels soient un obstacle à cette recommandation. Il est également recommandé que l'évaluateur soit toujours présent lorsque la personne évaluée complète le journal de l'emploi du temps étant donné que selon l'expérience récente du chercheur, les personnes tendent à réfléchir à voix haute ce qui permet de fournir des pistes de réflexion pour la suite de l'entrevue. La recommandation d'être présent lorsque la personne remplit le journal de l'emploi du temps est également justifiée par le fait que la plupart des aînés semblent présenter des difficultés à comprendre le sens du concept d'interprétation. Il est donc suggéré de bien expliquer ce concept et d'encourager la personne à répondre à cette section en fournissant des exemples et des indices pour faciliter le processus. Finalement, il est important de prévoir un 30 à 45 minutes de plus que le temps recommandé pour la passation de l'outil lorsque la personne évaluée n'est pas en mesure de compléter le journal d'emploi du temps seule en raison de limitations physiques par exemple.

6.2.2. Cotation de l'outil

En ce qui concerne la cotation de l'outil, il est recommandé de ne pas se limiter aux résultats obtenus à l'outil pour juger du niveau d'engagement des aînés. Rappelons que le système de cotation a été conçu pour des adultes qui présentent des troubles de santé mentale et non des aînés. Deuxièmement, un niveau d'engagement faible ou modéré n'est pas

nécessairement négatif et dépend du vécu de chaque personne tel que mentionné précédemment. En effet, une personne qui a très peu d'activités peut être tout de même très satisfaite de son engagement occupationnel. Cela remet en question la notion du degré d'engagement occupationnel chez les aînés. Quels sont les besoins réels de cette population en termes d'engagement? Cet outil est donc intéressant pour apprécier le niveau d'engagement occupationnel des aînés, puisqu'il fournit plusieurs items permettant de mesurer ce concept. Toutefois, il ne permet pas de documenter les besoins en termes d'engagement occupationnel. Afin de documenter les besoins en termes d'engagement occupationnel selon le point de vue de la personne, une question pourrait être ajoutée au POES qui documenterait le niveau d'importance et de satisfaction que la personne accorde à son niveau d'engagement occupationnel.

6.2.3. Les réactions chez les participants

Comme mentionné précédemment, l'utilisation du POES comme outil d'évaluation facilite la narration, la discussion et la création du lien de confiance. Ces éléments en font un outil pertinent pour être utilisés comme évaluation initiale en ergothérapie avec l'ensemble des clientèles. Cet outil est d'autant plus pertinent à utiliser chez les personnes ayant un trouble de santé mentale puisque le lien de confiance chez ces personnes est souvent difficile à créer, car elle présente souvent une méfiance importante à être évalué.

6.3 Les implications pour la pratique

Cet essai possède plusieurs implications pour la pratique. Premièrement, elle fournit davantage d'informations concernant l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale ainsi que leurs besoins occupationnels. Ces informations peuvent servir de base à l'élaboration de stratégies d'intervention pour les professionnels de la santé qui œuvrent auprès de cette clientèle. Elle amène également la société à se questionner sur l'accès à des contextes d'engagement occupationnel pour les aînés ayant un trouble de santé mentale et à revoir des moyens pour que ces personnes puissent s'engager au même titre que les aînés sans trouble de santé mentale. Ainsi, cette étude sert tout de même de point de départ pour amener un questionnement sur les services pouvant être offerts à cette population. Cette étude aide également à diminuer les stigmates entourant cette population. En effet, les résultats démontrent que ces personnes, bien que différentes à certains niveaux, présentent également plusieurs

ressemblances avec les aînés sans trouble de santé mentale. En effet, le niveau d'engagement entre les deux populations est sensiblement le même. Il s'agit plutôt dans la façon de s'engager que l'on observe des différences. Ainsi, ce n'est pas parce que les personnes sans trouble de santé mentale s'engagent différemment des aînés sans trouble de santé mentale que leur engagement occupationnel est moins satisfaisant ou moins adéquat. Cela permet de voir qu'il faut prendre en considération le point de vue subjectif de la personne dans la cotation de l'outil. De plus, cet essai fournit des suggestions pour les ergothérapeutes désirant utiliser le POES comme outil d'évaluation de l'engagement occupationnel des aînés dans leur pratique. Elle amène également à revoir l'évaluation de ce concept chez les aînés en ce qui concerne la satisfaction et l'importance de l'engagement occupationnel.

6.4 Les forces de l'étude

Cet essai possède quelques forces qu'il est important de souligner. L'utilisation d'un devis comparatif afin de décrire l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale s'est avérée une méthode judicieuse. Il ne s'agissait pas juste de décrire l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé, mais également d'explorer ce concept chez des aînés sans trouble de santé mentale. Cette méthode a fourni un comparatif pour décrire l'engagement occupationnel de la population à l'étude afin d'être en mesure de donner davantage de sens aux résultats obtenus. De plus, l'utilisation de méthodes mixtes soit quantitative et qualitative, pour décrire l'engagement occupationnel a permis de fournir plusieurs données pour décrire ce concept. Cela a donc enrichi la description de ce concept chez la population à l'étude. Finalement, il s'agit d'un sujet innovateur puisque rares sont les études documentant l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale.

6.5. Les limites de l'étude

Cet essai possède toutefois plusieurs limites qu'il ne faut pas négliger. La taille de l'échantillon est très petite ce qui rend la généralisation des résultats difficile. De plus, le fait d'avoir recruté les aînés ayant un trouble de santé mentale dans des organismes en santé mentale présente un biais majeur. En effet, il est probable que les personnes qui fréquentent un organisme soient plus susceptibles de présenter un niveau d'engagement plus élevé que ceux qui ne fréquentent pas d'organisme. Aussi, le critère de sélection pour déterminer si une personne présente un trouble de santé mentale ou des difficultés psychosociales était basé selon la

perspective des participants. Cela a eu pour effet que deux participants se sont identifiés dans le groupe d'aînés sans trouble de santé mentale alors qu'ils prenaient des antidépresseurs. Ainsi, il aurait été pertinent que ce critère de sélection soit basé sur des critères plus précis que seulement sur la perception des participants. Il aurait été pertinent par exemple de faire compléter l'inventaire de dépression de Beck à tous les participants avant de débiter les entrevues. Cet inventaire est l'un des instruments de dépistage les plus largement utilisés pour mesurer la sévérité de la dépression. Bien que ce ne soient pas toutes les personnes ayant un trouble de santé mentale qui présente une dépression, l'inventaire de Beck permet de documenter si la personne présente des difficultés psychosociales. Ainsi l'utilisation de cet inventaire aurait permis de s'assurer que chaque participant se retrouve dans le bon groupe. Finalement, les deux groupes sont très différents au niveau de leurs caractéristiques (âge, genre) ce qui rend la comparaison moins représentative. Finalement, il s'agit de la même personne qui a évalué les deux groupes ce qui a pu occasionner des biais en faveur de l'un ou l'autre groupe. Toutefois, la grille du POES a aidé à diminuer ce risque puisqu'elle donnait des points de repère très précis pour les cotes. Les entrevues permettaient aussi d'appuyer les cotes données.

7. CONCLUSION

Ce projet a permis de documenter l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale à l'aide d'un devis descriptif comparatif. Ce projet a également permis de documenter l'applicabilité de l'outil POES auprès des aînés. Les résultats indiquent que les aînés ayant un trouble de santé mentale présentent un niveau d'engagement moins élevé que les aînés sans trouble de santé mentale. Toutefois, cette différence au niveau de l'engagement occupationnel n'est pas majeure. Les différences entre les deux groupes se situent davantage dans la façon dont les aînés ayant un trouble de santé mentale s'engagent dans des occupations. La prise de médication, le fait de fréquenter un organisme en santé mentale et les limitations physiques et environnementales influencent l'engagement occupationnel des aînés avec un trouble de santé mentale. L'engagement dans des activités créatives et de bénévolat, de même que la recherche de stabilité dans les routines quotidiennes caractérisent cet engagement. Quant à l'applicabilité de l'outil POES chez les aînés, les analyses ont permis de faire ressortir différentes recommandations quant à la passation et la cotation de cet outil chez cette population.

7.1. Les recommandations pour les futures recherches

Des recherches futures devront être cependant réalisées afin d'enrichir les connaissances générées par la présente étude. Plusieurs questions ont été posées suite à l'analyse des résultats dans la section discussion. Par ailleurs, une étude documentant l'engagement occupationnel des aînés ayant un trouble de santé mentale ne fréquentant pas des organismes en santé mentale serait pertinente. Cette étude donnerait lieu à des résultats pouvant être davantage généralisés à la population puisque leur échantillon serait plus représentatif de celle-ci. Une étude permettant de mesurer la validité de l'outil POES auprès des aînés serait également pertinente. En effet, bien que des suggestions aient été apportées quant à l'utilisation de cet outil auprès des aînés celui-ci a été créé à la base pour des adultes présentant des troubles de santé mentale grave. Il faudrait donc que le POES soit validé auprès des aînés afin de pouvoir l'utiliser à son plein potentiel en pratique. Finalement, une autre étude qui documenterait particulièrement les besoins perçus des aînés ayant un trouble de santé mentale en matière d'occupations et d'engagement occupationnel serait également pertinente pour préciser davantage les besoins qui sont ressortis dans cette étude.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). Santé mentale et vieillissement recueil de réflexions et de pratiques observées en matière de services à offrir aux personnes âgées présentant une problématique de santé mentale : document d'information. Repéré à https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-795.pdf
- Bartels, S. J., Levine, K. J., & Shea, D. (1999). Community based long term care for older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care. *Psychiatric Services*, 50 (9), 1189-1197.
- Bartels, S., Forester, B., Mueser, K., Miles, K., Dums, A., Pratt, S., . . . Perkins, L. (2004). Enhanced Skills Training and Health Care Management for Older Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 75-90. doi:10.1023/B:COMH.0000015219.29172.64
- Bath, P., & Gardiner, A. (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *European Journal of Ageing*, 2(1), 56-63. doi:10.1007/s10433-005-0022-9
- Bejerholm, U. (sous presse). Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia, POES.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13(2), 100-121. doi:10.1002/oti.210
- Bejerholm, U., Hansson, L., & Eklund, M. (2006). Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES): The Development of a New Instrument Based on Time-Use Diaries. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 58-68. doi:10.1177/030802260606900203
- Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., & Clément, M. 1. (2010). Cheminements et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves: perspectives d'intervenants psychosociaux. *Canadian Journal of Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 267-279.
- Dorvil, H., & Benoit, M. (1999). Représentations sociales et conditions de vie des personnes âgées classées malades mentales ou déficientes intellectuelles en résidence d'accueil. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 229-252.
- Gouvernement du Québec. (2012). Les aînés du Québec quelques données récentes. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf

- Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Huberman, M.A., & Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. Dans N.K Denzin & Y.S Lincoln (Eds), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 428-444). London/New Delhi : SAGE Publications.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and application*.(3rd ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Larivière, N., Aubin, G., Pépin, M.E., Maurice, V., Lavertu, F., Tardif, C., Labbé, S. & Bejerholm, U. (sous presse). French version of the Profiles of Occupational Engagement in People with Severe Mental Illness: translation, adaptation and validation. *International Journal of Mental Health*.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2010 : Faire ensemble et autrement. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Mission nationale d'appui en santé mentale. (2003). La santé mentale des personnes âgées. Repéré à www.mnasm.com/notrerevue.htm
- Narrow, W. E., Regier, D. A., Norquist, G., Rae, D. S., Kennedy, C., & Arons, B. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(4), 147-155. doi:10.1007/s001270050197
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *Facts for champions*. London : Department of Health.
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M., & Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement : Problèmes, répercussions et services. Dans Charpentier, M. (dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 135-160). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Organisation mondiale de la santé. (2011). The world health report 2001. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Pelissolo, A. (2005). *Bien se soigner avec les médicaments psy*. Paris : Odile Jacob.
- Pelletier, L. (2012). *Repenser la notion de l'engagement du MCRO-E par une étude des théories de la motivation*. Essai présenté pour l'obtention du grade de maîtrise. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Potter, S. (2013). Outside in 2010-2012: Evaluation Report. Repéré à http://www.outsidein.org.uk/domains/outsidein.org.uk/local/media/images/medium/outside_in_evaluation_2010_12.pdf
- Polatajko, H. J., Davis, J., Steward, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt: l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice occupationnelle*. Ottawa: CAOT publications ACE.
- Raymond, É., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2012). Participation sociale des aînés: la parole aux aînés et aux intervenants. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1466_PartiSocialeAines_ParolesAinesIntervenants.pdf
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Repéré https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf
- Raymond, É., Grenier, A., & Hanley, J. (2014). Community Participation of Older Adults with Disabilities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(1), 50-62. doi:10.1002/casp.2173
- Rudman, D. L., Cook, J. V., & Polatajko, H. (1997). Understanding the potential of occupation: A qualitative exploration of seniors' perspectives on activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(8), 640-650.
- Svidén, G. A., & Borell, L. (1998). Experience of Being Occupied-Some Elderly People's Positive Experiences of Occupations at Community-based Activity Centers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5(3), 133-139. doi:10.3109/11038129809035738
- Thompson, R. (1999). Home care of the elderly with mental health needs. *Nursing times*, 95(10), 48-49.
- Walker, L.O. et Avant, K.C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. (4^e éd.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed. ed.). Thorofare, NJ: SLACK.
- Yerxa, E. J. (1980). Occupational therapy's role in creating a future climate of caring. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 34(8), 529.
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American journal of occupational therapy*, 52(6), 412. doi:10.5014/ajot.52.6.412

ANNEXE A
PROCESSUS EN HUIT ETAPES POUR DEFINIR LES ELEMENTS DE BASE D'UN
CONCEPT (WALKER ET AVANT, 2005)

Étape 1 : Choisir le concept

Étape 2 : Définir le but de l'analyse du concept

Étape 3 : Établir les différents usages

Étape 4 : Déterminer les attributs du concept

Étape 5 : Identifier un cas modèle

Étape 6 : Identifier un cas contraire

Étape 7 : Identifier les antécédents et les conséquents du concept

Étape 8 : Identifier les référents empiriques

ANNEXE B

CERTIFICATION ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : L'engagement occupationnel chez des aînés avec et sans trouble de santé mentale. Qu'en est-il?

Chercheurs : Geneviève Tremblay
Département d'ergothérapie

Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-17-231-07.11

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 15 février 2017 au 15 février 2018

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.




Bruce Maxwell
Président du comité


Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 15 février 2017

ANNEXE C
AFFICHE POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS



Université du Québec
à Trois-Rivières

**Participants
recherchés pour une
étude**

L'engagement occupationnel chez les aînés avec et sans
problème de santé mentale. Qu'en est-il?

Cette étude vise à décrire la participation des aînés avec et sans
problème de santé dans des activités significatives. Les informations
obtenues seront comparées entre les 2 groupes.

Vous êtes:

- Âgé de plus de 65 ans sans ou avec un problème de santé mentale.

Tâche: Vous aurez à remplir un récit de votre emploi du temps des 24
dernières heures et répondre à une entrevue comprenant des
questions ouvertes et fermées afin de documenter davantage votre
emploi du temps.

Durée: Une seule rencontre d'une durée de 60 à 75 minutes.
Lieu: Dans un lieu de votre choix.

Votre collaboration nous serait précieuse.
Pour plus de renseignements, veuillez contacter
Geneviève Tremblay
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Sous la supervision de Ginette Aubin, *Ph.D.*,
Professeur au département d'ergothérapie
Par courriel: Genevieve.Tremblay1@uqtr.ca
ginette.aubin@uqtr.ca
Par téléphone: (819) 376-5011, poste 3744

ANNEXE D
LETTRE D'INFORMATION DU PROJET

LETTRE D'INFORMATION

L'engagement occupationnel chez les aînés avec et sans problème de santé mentale. Qu'en est-il?

Geneviève Tremblay

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Sous la supervision de Ginette Aubin, Ph.D.

Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Cette étude vise à mieux comprendre l'engagement occupationnel des aînés vivant avec ou sans problème de santé mentale. L'engagement occupationnel se définit comme étant la participation dans des activités qui sont importantes ou significatives pour la personne. Votre participation à cette étude serait grandement appréciée.

Objectifs

Ce projet de recherche comprend deux objectifs : (1) Décrire l'engagement occupationnel et (2) Documenter l'utilisation du Profil de l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble mental grave (POES) auprès d'aînés avec et sans problème de santé mentale. Les renseignements contenus dans cette présente lettre visent à vous informer précisément des implications de votre éventuelle participation à la recherche et à vous aider à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement ce formulaire de consentement et de poser toutes vos questions au besoin.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une seule rencontre au cours de laquelle vous aurez à (1) Remplir un bref questionnaire sociodémographique (2) Remplir un journal de votre emploi du temps des 24 dernières heures (3) Répondre à des questions ouvertes et fermées sous la forme d'une entrevue afin de documenter davantage votre emploi du temps. Cette rencontre sera enregistrée et devrait nécessiter environ 60 à 75 minutes.

Risques, inconvénients, inconforts

Le seul inconvénient envisagé à la participation de cette étude est le temps nécessaire pour réaliser l'ensemble des tâches qui est d'environ 60 à 75 minutes. Afin de prévenir cet inconvénient, les participants pourront prendre une pause au besoin durant la rencontre. Il n'y a aucun risque relié à la participation à cette étude.

Bénéfices

En participant à ce projet d'étude, vous ne retirez aucun bénéfice direct. Par ailleurs, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'engagement occupationnel des aînés ayant un problème de santé mentale. Il peut également s'agir d'une source de valorisation en apportant votre collaboration à un projet étudiant scientifique.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Toutes les informations recueillies demeureront anonymes, et aucun nom n'apparaîtra lors de la transcription de la rencontre. Votre confidentialité sera assurée puisque des noms fictifs seront attribués à tous les participants de cette étude. Les renseignements pouvant mener à votre identification seront éliminés lors de la transcription de l'entrevue. Les résultats de la recherche, diffusés sous forme d'exposé oral et dans l'essai critique, ne permettront pas d'identifier les participants en aucune manière.

De plus, les données recueillies seront conservées dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans mon ordinateur personnel et sur un support informatique (disque dur externe) dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et ma directrice de maîtrise Mme Ginette Aubin, professeure au département d'ergothérapie. Les données seront détruites deux ans après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2019. Ces données pourraient être utilisées dans d'autres projets de recherche portant sur l'engagement occupationnel.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, Geneviève Tremblay, par courriel au Genevieve.Tremblay1@uqtr.ca. Vous pouvez également communiquer avec Mme Ginette Aubin par courriel au ginette.aubin@uqtr.ca ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3744.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [CER-17-231-07.11] a été émis le [2017-02-15].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courriel au CEREH@uqtr.ca.

ANNEXE E
FOMRULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'engagement occupationnel chez les aînés avec et sans problème de santé mentale. Qu'en est-il?

Engagement du chercheur

Moi, Geneviève Tremblay, je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation d'êtres humains.

Consentement du participant

J'affirme avoir lu et compris le document explicatif de l'étude ainsi que les conséquences potentielles qui y sont associées. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice. J'accepte également que les données anonymisées soient utilisées ultérieurement pour d'autres projets de recherche. De ce fait, je consens librement à participer au présent projet de recherche sur l'engagement occupationnel de l'aîné ayant un trouble de santé mentale.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant	Chercheur
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE F
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Êtes-vous un homme ou une femme?	1 Homme 2 Femme
--	--------------------

2. Quelle est votre date de naissance?	_____
---	-------

3. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées?	_____
---	-------

4. Quel est votre statut social?	1 Célibataire 2 Marié 3 Union de fait 4 Veuf 5 Divorcé
---	--

5. Est-ce que vous vivez seule?	1 Oui 2 Non Sinon, avec qui? _____
--	--

6. Dans quel type de résidence demeurez-vous?	1 Maison 2 Condo 3 Logement 4 Résidence pour personne âgée 5 Autre
--	--

7. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?	1 Vous vous considérez à l'aise financièrement 2 Vous considérez vos revenus suffisants pour répondre à vos besoins fondamentaux ou à ceux de votre famille. 3 Vous vous considérez pauvre. 4 Vous vous considérez très pauvre.
---	--

8. a) Avez-vous un problème de santé mentale ou un diagnostic en santé mentale?
- 1 Oui
2 Non

b) Si oui, lequel?

9. a) Avez-vous déjà eu un problème de santé mentale ou un diagnostic en santé mentale?
- 1 Oui
2 Non

b) Si oui, lequel?

10. a) Recevez-vous des services ou avez-vous reçu des services psychosociaux (ex. : travailleur social, psychologue, psychiatre)?
- 1 Oui
2 Non

b) Si oui, expliquez

11. a) Avez-vous des problèmes de santé physique qui vous empêche de réaliser certaines de vos activités?
- 1 Oui
2 Non

b) Si oui, expliquez

12. En général, diriez-vous que votre santé est ...
- (Lisez tous les choix de réponse)
- 1 Excellente
2 Très bonne
3 Bonne
4 Passable
5 Mauvaise

ANNEXE G

LE PROFIL DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE (POES) : JOURNAL DE L'EMPLOI DU TEMPS

Partie I. Journal de l'emploi du temps des 24 dernières heures

Participant/Client : _____

Date de la journée évaluée : _____

	Qu'avez-vous fait? Notez tout ce que vous avez fait. Essayez de vous rappeler la durée des activités que vous avez accomplies et inscrivez-la.	Une autre personne était-elle présente à ce moment? Notez si vous étiez seul (e) ou avec une ou des personnes	Où étiez-vous à ce moment? Nommez l'endroit.	Comment avez-vous vécu l'activité? Notez vos réflexions et commentaires personnels.
5h00				
6h00				
7h00				
8h00				

ANNEXE H

GUIDE D'ENTREVUE

Entrevue PEOPT - exemples de questions

Ce document accompagne la partie suivant la complétion du journal de bord, soit l'entrevue semi-structurée. Il vise à vous donner des idées de questions liées aux neuf dimensions. Toutefois, il n'est pas obligatoire de poser toutes ces questions dans cet ordre pour faire la cotation.

9-Amorcer la réalisation de l'occupation

- Comment planifiez-vous vos journées?
- Décidez- vous à l'avance, ou c'est selon comment vous vous sentez?
 - Est-ce le matin même, la veille, une semaine à l'avance?
- Est-ce que vous décidez seul vos activités ou les autres (votre famille) décident pour vous, vous stimulent ou vous poussent?
- Est-ce que ça vous arrive d'en proposer, d'inviter des amis à faire des choses avec vous?
- Qu'aimeriez-vous accomplir dans la prochaine année?
 - Quels sont vos buts personnels?
 - Avez-vous l'impression que ce que vous faites va vous mener à faire des choses? Atteindre un but?

ANNEXE I

GUIDE DE COTATION

PEOPT- GRILLE DE COTATION

Participant/Client : _____ Date : _____

Partie II : se fait à l'aide des informations recueillies. L'évaluation génère un profil d'engagement occupationnel. Encerclez le niveau/nombre qui représente le mieux la situation actuelle du client. Si vous hésitez entre deux cotes car des aspects s'appliquent dans divers endroits, si possible, discutez encore avec la personne pour préciser la situation, ou en cas de doute, choisissez la cote la plus basse.

1- Rythme quotidien des activités et du repos			
1	2	3	4
<p>Les occupations réalisées sont caractérisées par le retrait et le désengagement.</p> <p>Les activités calmes* sont prédominantes, signifiant que la personne est dans un état où elle interagit peu avec l'environnement.</p> <p>Les activités ne semblent pas avoir un but relationnel ou récréatif par rapport au reste de la journée. Le sommeil est un résultat probable de cet état.</p>	<p>Les occupations réalisées sont caractérisées par un mélange à peu près égal de périodes de retrait et de désengagement, et de périodes d'engagement.</p> <p>Durant les périodes de désengagement, les activités calmes signifient principalement une absence d'interaction avec le monde environnant. Les activités calmes pourraient être dues au fait de n'avoir rien d'autre à faire, et elles ont peu de but ou de lien avec le reste de la journée. Durant les périodes d'engagement, les activités calmes ont tendance à avoir un lien fonctionnel avec les autres occupations réalisées.</p>	<p>Les occupations réalisées sont principalement caractérisées par l'activité et l'engagement.</p> <p>Les activités calmes ont un caractère de repos et donnent souvent un rythme lent à la journée. Cependant, elles ne mènent pas au retrait au sens négatif. De plus, elles sont entremêlées avec le reste de la journée, réparties plus également, et ont souvent un lien fonctionnel avec les autres occupations réalisées.</p>	<p>Les occupations réalisées sont caractérisées par un engagement continu dans des occupations tout au long de la journée.</p> <p>Les activités calmes se présentent sous forme de repos ou de pause. Elles ont un but récréatif et ne donnent pas un rythme lent à la journée. Par ailleurs, elles sont entremêlées avec le reste de la journée, et ont un lien fonctionnel avec les autres occupations réalisées.</p>

*Les activités calmes réfèrent aux occupations réalisées d'une façon inactive sur les plans physique et mental. La personne est probablement assise ou couchée, observant l'environnement physique ou social sans interagir, pendant des périodes de temps variées. Cependant, la fonction de réaliser des activités calmes varie selon l'engagement occupationnel.